

## Le rôle des troubles psychotiques dans l'histoire religieuse

Evan D. Murray, M.D., Miles G. Cunningham, MD, Ph.D. et Bruce H. Price, M.D.

Page web : <http://neuro.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.neuropsych.11090214>

Traduit par Google Translator (à l'aide de Benjamin LISAN). Le 23/01/2019

### 1 Résumé

*Les auteurs ont analysé les figures religieuses Abraham, Moïse, Jésus et Saint-Paul d'un point de vue comportemental, neurologique et neuropsychiatrique, afin de déterminer si de nouvelles informations pouvaient être obtenues sur la nature de leurs révélations. L'analyse révèle que ces personnes ont vécu des expériences qui ressemblent à celles qui sont maintenant définies comme des symptômes psychotiques, ce qui suggère que ces expériences peuvent avoir été des manifestations de troubles psychotiques primaires ou associés à un trouble de l'humeur. La justification de cette proposition est discutée dans chaque cas avec un diagnostic différentiel. Les limites inhérentes à un examen diagnostique rétrospectif sont évaluées. Des modèles sociaux de psychopathologie et de dynamique de groupe sont proposés pour expliquer comment les adeptes ont été attirés et de nouveaux systèmes de croyances ont émergé et se sont perpétués. Les auteurs suggèrent une nouvelle sous-catégorie de diagnostic DSM comme moyen de distinguer ce type de présentation psychiatrique. Ces résultats confirment la possibilité que des personnes présentant des symptômes psychotiques primaires et associés à un trouble de l'humeur aient eu une influence monumentale sur la formation de la civilisation occidentale. On espère que ces résultats se traduiront par une compassion et une compréhension accrues pour les personnes atteintes de maladie mentale.*

(The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences 2012; 24:410–426),

<http://neuro.psychiatryonline.org>

Received September 13, 2011; revised March 15, 2012; accepted March 22, 2012. From the Dept. of Neurology, McLean Hospital, Harvard Medical School, Belmont, MA (EDM, BHP); Dept. of Psychiatry, McLean Hospital, Harvard Medical School, Belmont, MA (MGC); Dept. of Neurology, Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School, Belmont, MA (EDM, BHP). Send correspondence to Evan D. Murray, M.D., Dept. of Neurology, McLean Hospital, Belmont, MA; e-mail: [emurray@mclean.harvard.edu](mailto:emurray@mclean.harvard.edu)

Copyright © 2012 American Psychiatric Association

Lors d'une évaluation neurologique, un homme d'une vingtaine d'années atteint de schizophrénie paranoïaque a expliqué qu'il pouvait lire dans les pensées et qu'il avait entendu des voix révéler des choses sur ses amis et sur des étrangers. Il croyait avoir été choisi par Dieu pour guider l'humanité. Les médicaments antipsychotiques prescrits par ses psychiatres diminuaient ces capacités et réduisaient le nombre de voix. Il ne les prenait donc pas. Il a demandé: "Comment savez-vous que les voix ne sont pas réelles?" "Comment savez-vous que je ne suis pas le Messie?" Il a affirmé: "Dieu et les anges ont parlé aux gens dans la Bible."

Plus tard, nous avons réfléchi à ce qu'il avait dit. Il a soulevé des questions poignantes qui sont rarement abordées en médecine universitaire. Chaque jour, des médecins, des infirmières, des psychologues et des travailleurs sociaux rencontrent et soignent des personnes présentant des symptômes psychotiques. Environ 1% des visites aux salles d'urgence et 0,5% de toutes les visites de soins primaires aux États-Unis sont liées à des symptômes psychotiques<sup>1,2</sup>. 1,2 Près de 60% des personnes atteintes de schizophrénie ont des illusions grandioses religieuses consistant à croire qu'elles

<sup>1</sup> Hazlett SB, ML McCarthy, MS Londner, et al. : Epidemiology of adult psychiatric visits to U.S. emergency departments [Épidémiologie des visites psychiatriques pour adultes dans les départements d'urgence américains]. Acad Emerg Med 2004 ; 11: 193-195 Crossref , Medline , Google Scholar.

<sup>2</sup> Baillargeon J, CR Thomas, Williams B et al. : Medical emergency department utilization patterns among uninsured patients with psychiatric disorders [Profils d'utilisation des services d'urgence par les patients, non assurés, atteints de troubles psychiatriques]. Psychiatr Serv 2008 ; 59: 808-811 Crossref , Medline , Google Scholar.

sont un saint, Dieu, le diable, un prophète, Jésus ou une autre personne importante<sup>3</sup>.<sup>3</sup> compréhension [perspicacité] réduite [diminuée] du fait de la présence d'un trouble mental, faisant partie intégrante de la maladie, se produisant chez 30% à 50% des personnes atteintes de schizophrénie<sup>4</sup>. Comment pouvons-nous expliquer à nos patients que leurs symptômes psychotiques ne sont pas des intuitions surnaturelles, lorsque notre civilisation reconnaît des phénomènes similaires chez des personnalités religieuses vénérées? Sur quelle base distinguons-nous les expériences des patients psychiatriques de celles des personnalités religieuses de l'histoire?



FIGURE 1. Abraham étant empêché de sacrifier son fils Isaac, suite à la vision d'un ange (Genèse 22: 9-12)  
Laurent de la Hyre: Abraham sacrifiant Isaac (c1650), Musée Saint-Denis, Reims, France.

[Télécharger le diaporama \(.ppt\)](#)

Une revue de la littérature médicale a révélé peu de discussions sur ces problèmes spécifiques en utilisant les principes neuropsychiatriques et neurologiques comportementaux modernes. Un examen des expériences de révélation de personnalités religieuses éminentes était nécessaire pour déterminer si de nouvelles connaissances pouvaient être obtenues sur leur nature grâce à l'application de principes neuropsychiatriques et neurologiques comportementaux. Nous avons entrepris cet examen dans le but de promouvoir un dialogue scientifique sur les limites rationnelles de l'expérience humaine et de sensibiliser les personnes atteintes de maladie mentale, les prestataires de soins de santé et le grand public, au fait que les personnes présentant des symptômes psychotiques peuvent avoir eu une influence considérable sur le développement de la civilisation occidentale. Le choix des personnalités à analyser reposait sur 1) l'existence de récits relatant les expériences et les comportements mystiques de l'individu; 2) la similitude potentielle de ces expériences avec des phénomènes psychiatriques; 3) le fort impact de leurs histoires de leur vie sur la civilisation occidentale, en termes d'influence, sur les thèmes de la littérature et de l'art, la pensée et la pratique religieuses, la philosophie, les concepts d'ordre social et la jurisprudence. Ce qui suit est un examen diagnostique rétrospectif d'Abraham, de Moïse, de Jésus et de Saint Paul. On espère que cette enquête aidera à traduire la vénération, l'amour et le dévouement ressentis par beaucoup, envers ces personnalités religieuses, apportant une compassion et une compréhension accrues pour les personnes atteintes de maladie mentale.

<sup>3</sup> Rudaleviciene P, Stompe T, Narbekovas A, et al. : Are religious delusions related to religiosity in schizophrenia? [Les délires religieux sont-ils liés à la religiosité dans la schizophrénie?] Medicina (Kaunas) 2008 ; 44: 529-535 Crossref, Medline, Google Scholar.

<sup>4</sup> Baier M: Insight in schizophrenia: a review [Regard sur la schizophrénie: un examen]. Curr Psychiatry Rep 2010; 12:356-361 Crossref, Medline, Google Scholar.

## 2 Abraham

La Bible est la plus ancienne source d'informations sur la vie d'Abraham, le patriarche du judaïsme, du christianisme et de l'islam. L'existence historique d'Abraham fait l'objet d'une controverse académique. Notre discussion se poursuivra sur la prémisse [l'hypothèse] qu'il était un personnage historique. On pense généralement que les événements survenus au cours de sa vie se sont déroulés entre 2000 et 1630 avant notre ère, mais cela fait l'objet d'un débat. Il est décrit comme ayant eu des expériences mystiques interactives de nature auditive et visuelle (voir la figure 1, ci-dessous), qui ont influencé ses comportements pendant la majeure partie de sa vie (voir le tableau 1, ci-dessous).

| <b>TABLEAU 1. Exemples de passages sélectionnés présentant des caractéristiques ressemblant à des phénomènes psychiatriques</b>  |
|--|
| <b>Abraham</b>   |
| Hallucinations auditives et visuelles <sup>5 a 6</sup> : Genèse 12: 1-3; 12: 7; 13:14; 15: 1-11; 17: 1-21; 22: 1-2; 22: 11-12 ( <a href="#">Figure 1</a> )   |
| Processus de pensée de type paranoïaque (sous-type PS) <sup>7</sup> : Genèse 12: 3 (implique une vision du monde très centrée sur Abraham, consistant à dispenser des bénédictions universelles et des malédictions basées sur ses interactions avec Abraham); 12: 11-13; 14:22; 17:14; 20:11; 21: 11-14 (méfiance potentielle, telle que constatée par le renvoi de son fils aîné afin d'éliminer la compétition pour son deuxième fils); 23: 4 (Il se disait étranger dans un pays qu'il considérait être son héritage de Dieu); 24: 3 (potentiel de méfiance vu dans le rejet des mariages mixtes de son fils Isaac avec des femmes de sa région); 25: 6 (méfiance potentielle vue par le renvoi de tous ses fils afin de chasser les concurrents d'Isaac). |
| <b>Moïse</b>   |
| Hallucinations auditives et visuelles de nature grandiose avec un contenu de pensée délirant <sup>8 a</sup> : Exode 3: 2 ( <a href="#">Figure 2</a> ); Exode 33: 21-23 en rapport avec 34: 5-6   |
| Type paranoïaque (sous-type PS) Contenu de la pensée <sup>9 b 10</sup> : Exode 32: 25-29   |
| Phobie: Exode 34:33  |
| Processus de pensée référentiels: Exode 8: 12-13, 8:31, 9:23, 9:33, 10: 13-15, 10:22 (tempête de sable possible)   |
| <b>Jésus</b>   |
| Contenu de la pensée de type paranoïaque (sous-type PS) <sup>11 b</sup> : Matthieu 10: 34-39, 16: 21-23, 24: 4-27; Marc 13: 5-6; Luc 10:19; Jean 3:18; Jean 14.6-11  |
| Hallucinations auditives et visuelles <sup>12 a</sup> : Matthieu 3: 16-17, 4: 3-11; Luc 10:18; Jean 6:46, 8:26, 8: 38-40, 12: 28-29  |
| Processus de pensée référentielle: Marc 4: 38-40 ( <a href="#">Figure 3</a> ); Luc 18:31.  |
| <b>Paul de Tarse</b>   |
| Hallucinations auditives et visuelles <sup>a</sup> : Actes 9: 4-6,16: 9,18: 9, 22: 7-11 ( <a href="#">Figure 4</a> ), 26: 13-18; 2 Corinthiens 12: 2-9   |
| Contenu de la pensée de type paranoïaque (sous-type PS) <sup>b</sup> : 1 Corinthiens 10: 20-22; 11: 29-32; 1: 20-21; 2 Corinthiens 6:14; 7: 1; 11: 12-15; 11: 21-23  |

Tableau 1. Exemples choisis de passages avec des caractéristiques ressemblant à des phénomènes psychiatriques.

<sup>5</sup> <https://neuro.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.neuropsych.11090214#t1n1>

<sup>6</sup> Les hallucinations dans PS sont généralement liées aux thèmes des délires.

<sup>7</sup> <https://neuro.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.neuropsych.11090214#t1n2>

<sup>8</sup> <https://neuro.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.neuropsych.11090214#t1n1>

<sup>9</sup> <https://neuro.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.neuropsych.11090214#t1n2>

<sup>10</sup> Contenu de la pensée de type paranoïaque (sous-type PS): Les illusions sont généralement persécutives ou grandioses, voire les deux. Des délires avec d'autres thèmes, tels que la jalousie, la religiosité ou la somatisation peuvent également se produire. Ils sont généralement organisés autour d'un thème.

<sup>11</sup> <https://neuro.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.neuropsych.11090214#t1n2>

<sup>12</sup> <https://neuro.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.neuropsych.11090214#t1n1>

| <b>TABLEAU 2. Critères de diagnostic de la schizophrénie</b>   |
|--|
| A. Symptômes caractéristiques: Deux ou plusieurs des symptômes suivants, chacun présent pendant la majeure partie du temps au cours d'une période d'un mois (ou moins, si les symptômes ont été transférés avec un traitement).  |
| Délire   |
| Hallucinations   |
| Discours désorganisé   |
| Comportement grossièrement désorganisé ou comportement catatonique   |
| Symptômes négatifs: aplatissement affectif, alogia [alogie <sup>13</sup> ] ou avolition [aboulie <sup>14</sup> ]   |
| <b>Remarque:</b> un seul critère. Un symptôme est requis si les idées délirantes sont bizarres ou si les hallucinations consistent en une voix continuant à commenter le comportement ou les pensées de la personne, ou à deux voix conversant l'une avec l'autre.   |
| B. Dysfonctionnement social / professionnel : pendant une grande partie du temps écoulé depuis le début de la perturbation, un ou plusieurs domaines importants du fonctionnement, tels que le travail, les relations interpersonnelles ou les soins personnels, sont nettement en dessous du niveau atteint avant l'apparition. |
| C. Durée: Des signes continus de perturbation persistent pendant au moins six mois. Cette période de 6 mois doit inclure au moins 1 mois de symptômes (ou moins, si les symptômes ont été remis avec le traitement)  |
| D. Exclusion des schizoaffectifs et des troubles de l'humeur   |
| E. Exclusion de substance / condition médicale générale  |
| F. Relation avec un trouble envahissant du développement   |
| Adapté du Manuel <i>diagnostique et statistique des troubles mentaux</i> , 4e édition, révision de texte . Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000, p. 297–343.   |

Tableau 2. Critères de diagnostic de la schizophrénie.

Cette phénoménologie ressemble beaucoup à celle décrite dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-IV-TR) <sup>5 15</sup>. En appliquant le paradigme DSM-IV-TR, les expériences et les comportements de perception auditifs et visuels d'Abraham pourraient être compris comme étant des hallucinations auditives (AH), des hallucinations visuelles (VH), des illusions de contenu religieux et des pensées de type paranoïde (sous-type de schizophrénie) (voir Tableau 1 pour des exemples). Ces caractéristiques psychiatriques apparaissent ensemble en tant que constellation de troubles psychotiques d'origine psychiatrique primaire et secondaire à des conditions médicales et neurologiques<sup>5 16</sup>.

<sup>13</sup> Alogie : a) Pauvreté du discours ou de son contenu reflétant la pauvreté de la pensée. Appauvrissement de la pensée perceptible à travers le discours et le langage. L'alogie peut se traduire par des réponses courtes et concrètes aux questions posées et par une réduction quantitative du discours spontané (pauvreté du discours). Parfois, le discours est quantitativement adéquat mais il contient peu d'information car il est trop concret ou trop abstrait ou encore stéréotypé (pauvreté du contenu du discours). Source : [http://www.cercle-d-excellence-psy.org/informations/glossaire/?tx\\_a21glossary\[uid\]=7&cHash=a8652ff205eed4f552ba00cb1d09c551](http://www.cercle-d-excellence-psy.org/informations/glossaire/?tx_a21glossary[uid]=7&cHash=a8652ff205eed4f552ba00cb1d09c551)

b) (Psychologie) Perte de la faculté de parler. Source : <https://fr.wiktionary.org/wiki/alogie>

c) (Médecine) Suite à une lésion intervenant dans le système nerveux central, maladie qui affecte la faculté de parole chez le patient, jusqu'à le priver totalement de son usage. Exemple : Les patients atteints d'alogie souffrent d'isolement social. Source : <https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/alogie/>

<sup>14</sup> Avolition / Aboulie : a) Définie par le DSM-V (1), dans le cadre de la schizophrénie, incapacité à initier et persister dans des activités dirigées vers un but. Source : <http://www.psychomedia.qc.ca/lexique/definition/avolition>

b) incapacité à entreprendre et à poursuivre une conduite volontariste. Cette pathologie existe dans plusieurs désordres neuropsychiatriques, entre autres dans la schizophrénie. Avolitif, ve adj.) : relatif à l'avolition. Source : <https://www.medelli.fr/glossaire-medical/avolition/>

<sup>15</sup> American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux], 4e édition, Text edition [révision de texte]. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000, p. 297–343 Google Scholar.

<sup>16</sup> American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux], ibid.

Selon le DSM-IV-TR, le diagnostic de schizophrénie nécessite au moins deux symptômes sur cinq du critère A, puis le respect des cinq critères restants (voir tableau 2, ci-dessous)).

Le critère A pourrait théoriquement être rempli par la présence de ses expériences de perception auditive et visuelle. Abraham n'est pas considéré comme ayant des symptômes qui peuvent maintenant être perçus comme une désorganisation, une catatonie, des symptômes psychiatriques négatifs (aplatissement affectif, alogia ou avolition) ou des difficultés cognitives telles que la concentration, l'attention ou la mémoire. Le manque d'informations détaillées sur sa vie nous empêche de savoir s'il a connu un déclin de son fonctionnement social ou professionnel par rapport à la période précédant le début de ses expériences perceptuelles, comme l'exige l'exigence du symptôme (critère) B concernant la persistance et la durée de la perception. Les prérequis pour le symptôme (critère) C est remplie par la période de 100 ans ou plus, au cours de laquelle il a eu ces expériences. Son état de santé généralement bon est indiqué par une espérance de vie de 175 ans, sans infirmité mentionnée. Abraham ne semblait pas souffrir de symptômes dépressifs ou maniaques débilitants, ce qui diminuait le risque de psychoses associées au trouble de l'humeur, telles que la dépression avec des caractéristiques psychotiques, le trouble bipolaire ou le trouble schizoaffectif.

D'autres causes potentielles de telles expériences doivent être explorées. L'ingestion de substances hallucinogènes est connue pour produire des expériences mystiques. Il y a eu des spéculations selon lesquelles les anciens Israélites ont évalués les plantes ayant des propriétés psychoactives, mais aucune preuve directe de leur utilisation réelle pour induire des expériences mystiques dans cette population n'a été découverte<sup>17</sup>.<sup>6</sup> Une autre possibilité serait des expériences mystiques d'épilepsie induite. Les personnes atteintes d'épilepsie peuvent présenter des symptômes pseudo-schizophréniques ictaux [ictus<sup>18</sup>], postictaux ou interictaux, qu'il est impossible de distinguer des troubles psychotiques primaires<sup>19</sup> <sup>20</sup> <sup>7, 8</sup> et qui surviennent chez environ 2% à 7% des personnes atteintes d'épilepsie<sup>21</sup>; <sup>9</sup> 2,2% des crises d'épilepsie temporale peuvent être associées à des expériences religieuses<sup>22</sup> <sup>23</sup>. <sup>10, 11</sup>

---

<sup>17</sup> Shannon B: Biblical entheogens: a speculative hypothesis [Enthéogènes bibliques: une hypothèse spéculative]. *Time and Mind [Temps et esprit]* 2008; 1:51–74 Crossref, Google Scholar. Note : Un enthéogène est une substance psychotrope induisant un état modifié de conscience utilisée à des fins religieuses, spirituelles ou chamaniques.

<sup>18</sup> Ictus est un mot d'origine latine qui signifie « crise » (par exemple dans l'expression « ictus épileptique » ou « ictus amnésique »). Ictus a donné l'adjectif « ictal », qui se rapporte à une crise. Un ictus apoplectique est une attaque cérébrale, accompagnée d'une perte de conscience et qui peut laisser des séquelles (par exemple paralysie, hémiparésie, aphasie, etc). Si un enregistrement électroencéphalographique (EEG) est contemporain d'une crise on dit qu'il est « ictal ». On peut utiliser « post-ictal » pour parler des événements succédant à une crise et pré-ictal pour des événements survenant avant la crise. Inter-ictal concerne des événements intercritiques. Les décharges EEG inter-ictales sont des marques EEG lisibles dans les tracés qu'on a enregistré en dehors des crises. Source : <https://fr.wikipedia.org/wiki/Ictus>

Note : Intercritique : Se dit d'une période entre deux crises ou deux accès d'une maladie.

De définition relativement récente, le syndrome de psychose post-ictale (PPI) fait partie de la famille des psychoses épileptiques, et se distingue, selon la classification la plus utilisée, des psychoses ictales, d'une part, et des psychoses inter-ictales, d'autre part. Source : <https://www.em-consulte.com/article/201942/article/le-syndrome-de-psychose-post-ictale-une-entite-cli>

<sup>19</sup> Elliott B, Joyce E, Shorvon S: Delusions, illusions, and hallucinations in epilepsy, 2: complex phenomena and psychosis [Délires, illusions et hallucinations dans l'épilepsie, 2: phénomènes complexes et psychose]. *Epilepsy Res* 2009; 85:172–186 Crossref, Medline, Google Scholar.

<sup>20</sup> Nadkarni S, Arnedo V, Devinsky O: Psychosis in epilepsy patients [Psychoses chez les patients épileptiques]. *Epilepsia* 2007; 48(Suppl 9):17–19 Crossref, Medline, Google Scholar.

<sup>21</sup> de Araújo Filho GM, da Silva JM, Mazetto L, et al.: Psychoses of epilepsy: a study comparing the clinical features of patients with focal versus generalized epilepsies [Psychoses de l'épilepsie: une étude comparant les caractéristiques cliniques des patients atteints d'épilepsie focale par rapport à l'épilepsie généralisée]. *Epilepsy Behav [Comportement d'épilepsie]* 2011; 20:655–658 Crossref, Medline, Google Scholar.

<sup>22</sup> Ogata A, Miyakawa T: Religious experiences in epileptic patients with a focus on ictus-related episodes [Expériences religieuses de patients épileptiques axées sur les épisodes d'ictus]. *Psychiatry Clin Neurosci* 1998; 52:321–325 Crossref, Medline, Google Scholar.

<sup>23</sup> Kanemoto K, Kawasaki J, Kawai I: Postictal psychoses: in comparison with acute interictal psychoses [Psychoses postictales: en comparaison avec les psychoses aiguës intercritiques]. *Jpn J Psychiatry Neurol* 1994; 48:209–211 Medline, Google Scholar.

Les illusions grandioses et de type messianique sont reconnues comme se produisant en association avec des troubles épileptiques complexes<sup>24</sup>. <sup>12</sup> Les cas publiés montrent que des expériences religieuses illicites sont impressionnantes ou extatiques, mais ne parviennent généralement pas à transmettre des informations détaillées ou complexes<sup>25</sup> <sup>26</sup> <sup>27</sup> <sup>28</sup>. <sup>10</sup>, <sup>13</sup> - <sup>17</sup> La psychose post-critique<sup>29</sup> (PIP) est plus fréquente et a tendance à se produire à proximité de grappes de crises et peut également être associée à une exacerbation récente de la fréquence des crises<sup>30</sup>. <sup>18</sup> Il est évalué à un quart de la psychose dans l'épilepsie<sup>31</sup> <sup>32</sup> <sup>19</sup>, <sup>20</sup> et se produit dans jusqu'à 18% des patients atteints d'épilepsie focale<sup>33</sup>, médicalement intractables<sup>34</sup> <sup>35</sup>. <sup>21</sup>, <sup>22</sup> Jusqu'à 25% des personnes atteintes de PIP peuvent avoir des illusions religieuses.

Seulement 2% de ceux qui continuent à avoir une psychose inter-critique ont des illusions religieuses<sup>36</sup> <sup>37</sup>. <sup>23</sup>, <sup>24</sup> Par ailleurs, la psychose inter-critique ne se distingue pas facilement de la schizophrénie, mais peut manifester la préservation de l'affect, moins de symptômes négatifs et, probablement, une plus grande perspicacité. Les plus grandes similitudes peuvent résider dans la symptomatologie positive; c'est-à-dire le trouble de la pensée, les délires et les

---

<sup>24</sup> Brewerton TD : Hyperreligiosity in psychotic disorders [Hyper-religiosité dans les troubles psychotiques]. J Nerv Ment Dis 1994 ; 182: 302–304 Crossref , Medline , Google Scholar.

<sup>25</sup> Ogata A, Miyakawa T: Religious experiences in epileptic patients with a focus on ictus-related episodes [Expériences religieuses de patients épileptiques axées sur les épisodes d'ictus]. Ibid.

<sup>26</sup> Landtblom AM, Lindehammar H, Karlsson H, et al.: Insular cortex activation in a patient with "sensed presence"/ecstatic seizures [Activation du cortex insulaire chez un patient présentant une «présence détectée» / convulsions extatiques]. Epilepsy Behav 2011; 20:714–718 Crossref, Medline, Google Scholar.

<sup>27</sup> a) Picard F, Craig AD: Ecstatic epileptic seizures: a potential window on the neural basis for human self-awareness [Les crises d'épilepsie extatiques: une fenêtre potentielle sur la base neurale de la conscience de soi humaine]. Epilepsy Behav 2009; 16:539–546 Crossref, Medline, Google Scholar

b) Asheim Hansen B, Brodtkorb E: Partial epilepsy with "ecstatic" seizures [Épilepsie partielle avec convulsions « extatiques »]. Epilepsy Behav 2003; 4:667–673 Crossref, Medline, Google Scholar

c) Naito H, Matsui N: Temporal lobe epilepsy with ictal ecstatic state and interictal behavior of hypergraphia [Épilepsie du lobe temporal avec état extatique ictal et comportement inter-critique de l'hypergraphie]. J Nerv Ment Dis 1988; 176:123–124 Crossref, Medline, Google Scholar. Note : Hypergraphie/ métagraphie : Manie de l'écriture. <http://fr.wiktionary.org/wiki/hypergraphie>

<sup>28</sup> Cirignotta F, Todesco CV, Lugaresi E: Temporal lobe epilepsy with ecstatic seizures (so-called Dostoevsky epilepsy) [Épilepsie du lobe temporal avec convulsions extatiques (appelée épilepsie de Dostoïevski)]. Epilepsia 1980; 21:705–710 Crossref, Medline, Google Scholar.

<sup>29</sup> Post-critique ou postcritique : en médecine, succédant à une crise.

<sup>30</sup> Prendergast J, Spira P, Schnieden V: Post-ictal psychosis: an unusual clinical entity [Psychose post-critique: une entité clinique inhabituelle]. Aust N Z J Psychiatry 1999; 33:433–435 Crossref, Medline, Google Scholar.

<sup>31</sup> Dongier S: Statistical study of clinical and electroencephalographic manifestations of 536 psychotic episodes occurring in 516 epileptics between clinical seizures [tude statistique des manifestations cliniques et électroencéphalographiques de 536 épisodes psychotiques survenus chez 516 épileptiques entre des crises cliniques]. Epilepsia 1959/1960; 1:117–142 Crossref, Medline, Google Scholar

<sup>32</sup> Kanemoto K: Postictal psychoses, in Progress in Epileptic Disorders: Neuropsychiatric Issues in Epilepsy [Psychoses post-secondaires, en cours dans les troubles épileptiques: problèmes neuropsychiatriques dans l'épilepsie]. Montrouge, France. Edited by Inoue YMatsuura M. John Libbey Eurotext, 2010, pp 27–34 Google Scholar.

<sup>33</sup> Épilepsie focale. L'épilepsie partielle est caractérisée par des crises épileptiques focales, c'est-à-dire partielles (différentes des crises épileptiques généralisées). Il peut arriver qu'une crise partielle s'étende à une crise généralisée tonico-clonique. Pour les crises partielles, le point de départ de la crise est localisé dans un hémisphère cérébral. Source : <https://www.futura-sciences.com/sante/definitions/medecine-epilepsie-focale-8090/>

<sup>34</sup> Umbricht D, Degreef G, Barr WB, et al.: Postictal and chronic psychoses in patients with temporal lobe epilepsy [Psychoses post-secondaires et chroniques chez les patients atteints d'épilepsie du lobe temporal]. Am J Psychiatry 1995; 152:224–231 Crossref, Medline, Google Scholar

<sup>35</sup> Kanner AM, Stagno S, Kotagal P, et al.: Postictal psychiatric events during prolonged video-electroencephalographic monitoring studies [Événements psychiatriques postérieurs à des études de surveillance vidéo-électroencéphalographiques prolongées]. Arch Neurol 1996; 53:258–263 Crossref, Medline, Google Scholar

<sup>36</sup> Trimble M, Kanner A, Schmitz B: Postictal psychosis [psychoses post-ictales]. Epilepsy Behav 2010; 19:159–161 Crossref, Medline, Google Scholar

<sup>37</sup> Kanemoto K: Postictal psychoses, revisited, in The Neuropsychiatry of Epilepsy [Psychoses postictales, revisitées, dans La Neuropsychiatrie de l'Epilepsie]. Edited by Trimble MRSchmitz B. Cambridge, U.K., New York, Cambridge Univ. Press, 2002, pp 117–131 Crossref, Google Scholar.

hallucinations<sup>38</sup>.<sup>2</sup> On manque de données fiables sur la prévalence, mais il a été suggéré qu'entre 30% et 60% des patients souffrant de crises partielles auraient également des crises généralisées secondaires<sup>39</sup>.<sup>25-27</sup>

On ne raconte pas qu'Abraham ait eu des infirmités qui pourraient ressembler aux phénomènes, que nous comprenons maintenant, accompagnant couramment les crises. En particulier, il n'y a aucun signe de comportements répétitifs, tels que tremblements généralisés ou partiels incontrôlés, automatismes orofaciaux, changements de comportement stéréotypés, auras de peur récurrentes et cohérentes (bien que la peur ait accompagné certains épisodes), sorts de regard fixe, perte de conscience, le fait de se mordre la langue ou incontinence. Sa capacité à engager un dialogue varié avec ses hallucinations ne serait pas très typique d'un changement de perception critique, car les crises convulsives tendent à être stéréotypées et non à être aussi changeantes et interactives<sup>40 41 42</sup>.<sup>10, 13-17, 28, 29</sup>

La plupart des crises généralisées, et souvent des crises partielles complexes, sont associées à une amnésie pendant et immédiatement après une crise, et les personnes présentent souvent des troubles cognitifs quotidiens de base, dans les domaines de la mémoire et de l'exécution [ou domaines exécutifs ?].<sup>30, 31</sup>

Rien n'indique qu'Abraham ait vécu des événements moteurs incontrôlés, des périodes amnésiques ou des troubles cognitifs de quelque nature que ce soit. Un état psychotique postictal ou interictal ne peut être exclu, mais n'est pas particulièrement suggéré sur la base des informations disponibles.

L'absence de troubles affectifs, médicaux ou neurologiques apparents augmente la possibilité qu'un trouble psychotique ait pu être présent. La schizophrénie est souvent accompagnée à la fois d'un comportement désorganisé et de processus de pensée qui interfèrent avec le fonctionnement de la vie<sup>43</sup>.<sup>5</sup> Dans le cas d'Abraham et dans les autres qui suivent, la désorganisation et les déficiences cognitives ne sont pas apparents. La schizophrénie paranoïde (PS), cependant, est un sous-type de schizophrénie qui a tendance à ne pas manifester de désorganisation, voire aucune désorganisation, qui a préservé l'affect fonctionnel et qui est associée à un meilleur fonctionnement professionnel et social<sup>44</sup>.<sup>5</sup>

---

<sup>38</sup> Elliott B, Joyce E, Shorvon S: Delusions, illusions, and hallucinations in epilepsy, 2: complex phenomena and psychosis. *Epilepsy Res* 2009; 85:172–186 Crossref, Medline, Google Scholar.

<sup>39</sup> a) Devinsky O: *Epilepsy: Patient and Family Guide [Guide du patient et de la famille]*, 3rd Edition. Demos Health, 2007, pp 20 Google Scholar

b) Holmes GL: *Epilepsy.com. Temporal Lobe Epilepsy [Epilepsies du lobe temporal]*.

[http://www.epilepsy.com/epilepsy/epilepsy\\_temporallobe](http://www.epilepsy.com/epilepsy/epilepsy_temporallobe) ; last accessed 05/28/2011) Google Scholar

c) Professional Advisory Board: *EpilepsyFoundation.org. Temporal Lobe Epilepsy [Epilepsies du lobe temporal]*.

<http://www.epilepsyfoundation.org/about/types/syndromes/temporallobe.cfm> ; last accessed June 4, 2011) Google Scholar

<sup>40</sup> Ogata A, Miyakawa T: Religious experiences in epileptic patients with a focus on ictus-related episodes [Expériences religieuses de patients épileptiques axées sur les épisodes d'ictus]. *Psychiatry Clin Neurosci* 1998; 52:321–325 Crossref, Medline, Google Scholar.

<sup>41</sup> a) Landtblom AM, Lindehammar H, Karlsson H, et al.: Insular cortex activation in a patient with "sensed presence"/ecstatic seizures. *Epilepsy Behav* 2011; 20:714–718 Crossref, Medline, Google Scholar.

b) Picard F, Craig AD: Ecstatic epileptic seizures: a potential window on the neural basis for human self-awareness. *Epilepsy Behav* 2009; 16:539–546 Crossref, Medline, Google Scholar.

c) Asheim Hansen B, Brodtkorb E: Partial epilepsy with "ecstatic" seizures. *Epilepsy Behav* 2003; 4:667–673 Crossref, Medline, Google Scholar

Naito H, Matsui N: Temporal lobe epilepsy with ictal ecstatic state and interictal behavior of hypergraphia. *J Nerv Ment Dis* 1988; 176:123–124 Crossref, Medline, Google Scholar.

d) Cirignotta F, Todesco CV, Lugaresi E: Temporal lobe epilepsy with ecstatic seizures (so-called Dostoevsky epilepsy). *Epilepsia* 1980; 21:705–710 Crossref, Medline, Google Scholar.

<sup>42</sup> a) Dolgoff-Kaspar R, Ettinger AB, Golub SA, et al: Numinous-like auras and spirituality in persons with partial seizures [Auras et spiritualité numineuses chez les personnes souffrant de crises partielles]. *Epilepsia* 2011; 52:640–644 10.1111/j.1528-1167.2010.02957.x. Epub 2011 Feb 5. Google ScholarGo back to content.

Note : Le numineux est, selon Rudolf Otto et Carl Gustav Jung, ce qui saisit l'individu, ce qui venant « d'ailleurs », lui donne le sentiment d'être dépendant à l'égard d'un « tout Autre ». C'est « un sentiment de présence absolue, une présence divine. Source : <https://fr.wikipedia.org/wiki/Numineux>

b) Cavanna AE, Cavanna S, Cavanna A: Epileptic seizures and spirit possession in Haitian culture: report of four cases and review of the literature [Crises d'épilepsie et possession de l'esprit dans la culture haïtienne : compte rendu de quatre cas et revue de la littérature]. *Epilepsy Behav* 2010; 19:89–91 Crossref, Medline, Google Scholar.

<sup>43</sup> American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Edition, *ibid*.

<sup>44</sup> American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Edition, *ibid*.

Les troubles psychotiques, sans autre indication (PD NOS), constituent une autre alternative de diagnostic raisonnable. La PD NOS inclut les personnes présentant une symptomatologie psychotique pour laquelle les informations ou les symptômes sont inadéquats ou contradictoires et qui ne répondent pas aux critères d'un trouble psychotique spécifique<sup>45</sup>.<sup>5</sup> Le profil clinique d'Abraham semblerait ressembler le plus à celui de la PS ou du PD NOS, et peut-être moins probable à une psychose liée à un trouble affectif. Abraham est le cas le plus ancien d'un possible trouble psychotique dans la littérature.

### 3 Moïse

On pense que l'histoire de Moïse dans la Bible se situe entre 1550 et 1200 avant notre ère<sup>46</sup>.<sup>32</sup> Les récits sur Moïse incluent de nombreuses informations sur ses antécédents, son fonctionnement, ses croyances, ses actions et ses expériences de perception (voir [Figure 2](#)). Moïse a eu des expériences et des comportements perceptifs qui se rapprochent le plus aujourd'hui des phénomènes de commandement<sup>47</sup> (?), définis par le DSM-IV-TR, l'hypertension, l'hyper-religiosité, la grandiosité, les délires, la paranoïa, la pensée référentielle<sup>48</sup> et la phobie (à propos des personnes regardant son visage) (Voir le [tableau 3](#), ci-après, pour des exemples).

| TABLEAU 3. Signes et symptômes cliniques de la schizophrénie      | Figures religieuses |          |         |            |
|---|---------------------|----------|---------|------------|
|   | Abraham             | Moïse    | Jésus   | Saint-Paul |
| <b>Comportements ressemblants</b>                                 |                     |          |         |            |
| Hallucinations auditives  | +                   |          |         |            |
| Hallucinations visuelles  | +                   |          |         |            |
| Hyper-religiosité   | +                   |          |         |            |
| Grandiosité   | +                   |          |         |            |
| Délires   | +                   |          |         |            |
| Paranoïa  | +                   |          |         |            |
| Désorganisation   | -                   |          |         |            |
| Symptômes négatifs  | -                   |          |         |            |
| Durées des symptômes  | Années              | > 40 ans | > 1 an. | Années     |
| Déclin du fonctionnement professionnel                            | I                   | +        | I       | I          |
| +: présent; -: pas présent; I: preuve non concluante ou inconnue. |                     |          |         |            |

Tableau 3. Signes et symptômes cliniques de la schizophrénie.

Bon nombre de ces caractéristiques peuvent apparaître ensemble dans la schizophrénie, les troubles affectifs et le trouble schizoaffectif.<sup>5</sup> Moïse ne semblait pas non plus présenter de désorganisation, de catatonie ou de symptômes psychiatriques négatifs, ni de difficultés de concentration, d'attention et de mémoire (voir le [tableau 2](#)).

<sup>45</sup> American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, *ibid*.

<sup>46</sup> Hoffmeier, James K: Israel in Egypt: The Evidence for the Authenticity of the Exodus Tradition [Israël en Egypte: preuves de l'authenticité de la tradition de l'exode]. Oxford University Press, 1999 Google Scholar.

<sup>47</sup> En [psychiatrie](#) : commandements hallucinatoires. L'individu croit qu'il reçoit un commandement « divin » (ou d'un esprit ...), qui l'incite à commettre ou à accomplir tel ou tel acte.

<sup>48</sup> Pensée référentielle : pensée donnant une signification personnelle aux événements aléatoires.

Le critère A de la schizophrénie pourrait théoriquement être rempli par ses expériences qui ressemblent à des illusions et à des hallucinations. Conformément au critère B, on pourrait affirmer que le fonctionnement social et professionnel de Moïse a été moins important que celui d'un membre de la famille royale égyptienne présumément éduqué, après avoir fui la société égyptienne pour devenir un berger travaillant à la périphérie du désert dans un pays étranger (Exode 2: 15-22). Sa fuite d'Egypte a eu lieu avant le début des AH et VH, suggérant ainsi un déclin prodromique du fonctionnement avant l'apparition de la psychose. Un prodrome<sup>49</sup> fait référence aux premiers symptômes et signes d'une maladie qui précède les manifestations caractéristiques de la maladie aiguë et complètement développée. Une période prodromique peut précéder l'apparition de la schizophrénie, par mois, jusqu'à 10 ans, chez 70% des patients<sup>50 33</sup> et jusqu'à 20 ans dans certains cas<sup>51</sup>.<sup>34</sup> La période au cours de laquelle Moïse a vécu ces expériences a dépassé les 40 ans, remplissant le critère C. Son fonctionnement social et ses compétences en leadership étaient suffisamment intacts pour rendre moins probable des périodes de dépression majeure débilitante ou de manie florissante qui auraient pu saper son efficacité en tant que leader. Cela pourrait remplir le critère D en réduisant les risques de psychose associée aux troubles de l'humeur. Il convient de noter que les écrits religieux attribués à l'auteur de Moïse, le Pentateuque, pourraient suggérer la présence d'une envie exagérée d'écrire. Une telle hypergraphie est une découverte non spécifique plus communément associée à la manie, à l'hypomanie ou à des états mixtes; Cependant, il est également une caractéristique de la schizophrénie et de l'épilepsie du lobe temporal<sup>52</sup>.<sup>35 - 37</sup> Trimble écrit que le rendement hypergraphique des patients schizophréniques et épileptiques est rarement créatif. Ils sont souvent vaguement mystiques, à la fois persévérants et vagues dans leur contenu<sup>53</sup>.<sup>37</sup> Contrairement à la pauvreté relative des poètes atteints de schizophrénie ou d'épilepsie, il observe que le nombre de poètes suggérés comme ayant des troubles de l'humeur est nettement plus nombreux<sup>54</sup>.<sup>37</sup> Par conséquent, les psychoses associées aux troubles de l'humeur restent tout à fait viables dans le cas de Moïse.

---

<sup>49</sup> Prodrome : Symptôme [signe] avant-coureur d'une maladie.

<sup>50</sup> Schultze-Lutter F, Ruhrmann S, C Hoyer et al. : The initial prodrome of schizophrenia: different duration, different underlying deficits? [Le prodrome initial de la schizophrénie: durée différente, déficits sous-jacents différents?], Compr Psychiatry 2007 ; 48: 479–488 Crossref, Medline, Google Scholar.

<sup>51</sup> Yung AR, McGorry PD: The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations [La phase prodromique de la psychose du premier épisode: conceptualisations passées et actuelles]. Schizophr Bull 1996; 22:353–370 Crossref, Medline, Google Scholar.

<sup>52</sup> a) Flaherty AW: Frontotemporal and dopaminergic control of idea-generation and creative drive [Contrôle frontotemporal et dopaminergique de la génération d'idées et de la créativité]. J Comp Neurol 2005; 493:147–153 Crossref, Medline, Google Scholar.

b) Flaherty A: The Midnight Disease: The Drive to Write, Writer's Block, and the Creative Brain [La maladie de minuit: l'envie d'écrire, le blocage de l'auteur [la crampe de l'écrivain ?] et le cerveau créatif]. New York, Mariner Books, 2005, p 41 Google Scholar.

c) Trimble MR. The Soul in the Brain: The Cerebral Basis of Language, Art, and Belief [Les bases cérébrales du langage, de l'art et de la conviction]. Baltimore, MD, Johns Hopkins, 2007, p 101–114 Google Scholar.

<sup>53</sup> Trimble MR. The Soul in the Brain: The Cerebral Basis of Language, Art, and Belief. Ibid.

<sup>54</sup> Trimble MR. The Soul in the Brain: The Cerebral Basis of Language, Art, and Belief. Ibid.

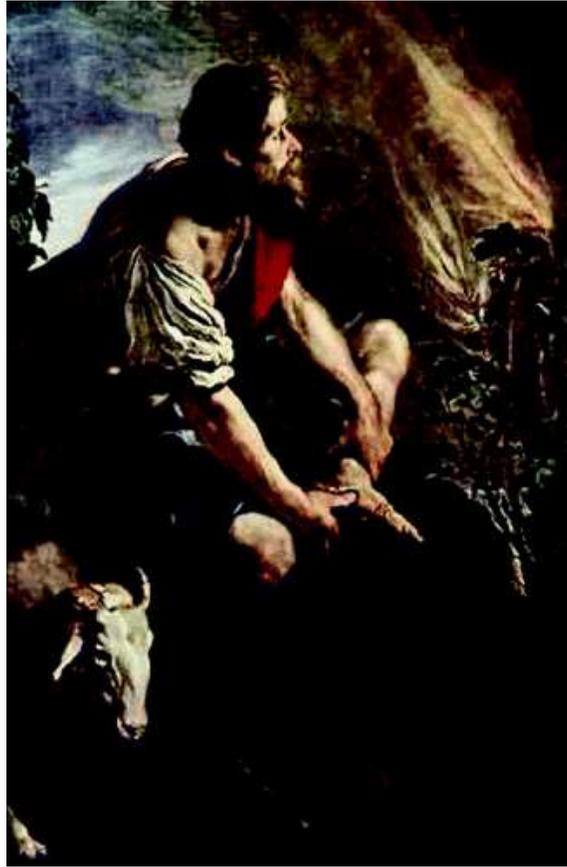


FIGURE 2. La vision de Moïse du Buisson ardent (Exode 3: 2)

Moïse avant le Buisson ardent (1613-14) Par Domenico Fetti, au musée Kunsthistorisches, à Vienne, en Autriche.

Rien dans la Bible n'indique que Moïse ait eu des dérégulations métaboliques ou qu'il ait utilisé des substances intoxicantes hallucinogènes pour expliquer ses changements de comportement ou de perception. Comme mentionné précédemment, il n'existe pas non plus de caractéristiques clés permettant de faire de l'épilepsie une cause d'expériences mystiques. Il a vécu une longue vie, plus de 100 ans, plaidant contre la présence de maladies médicales ou neurologiques progressives. Les critères de diagnostic de la SP<sup>55</sup> seraient remplis par la prédominance des idées délirantes et des hallucinations en l'absence de désorganisation, de symptômes psychiatriques négatifs ou de troubles cognitifs.

Une propension accrue à la violence a été observée chez certaines personnes atteintes de SP<sup>56</sup>.<sup>38</sup> La propension accrue à la violence de Moïse pouvait être considérée comme corroborant pour un diagnostic de SP. Les alternatives diagnostiques raisonnables peuvent inclure la PDSN, le trouble bipolaire et le trouble schizo-affectif [continuum schizophrénie-troubles bipolaires et le trouble schizo-affectif ?]. Si la paternité des cinq premiers livres de la Bible sont attribués à l'auteur Moïse, un trouble bipolaire ou peut-être un trouble schizo-affectif serait plus compatible avec ses capacités d'écriture.

---

<sup>55</sup> SP : Trouble schizophréniforme ou Prodrom schizophrénique (or Psychosis symptom, psychosis syndrom ?). Source ? : Source : Symptoms Of Schizophreniform Disorder And Psychotic Disorder NOS [Symptômes du trouble schizophréniforme et du trouble psychotique], NSA, RASHMI NEMADE, PH.D. & MARK DOMBECK, PH.D., <https://www.mentalhelp.net/articles/symptoms-of-schizophreniform-disorder-and-psychotic-disorder-nos/>

<sup>56</sup> Nestor PG: Mental disorder and violence: personality dimensions and clinical features [Troubles mentaux et violence: dimensions de la personnalité et caractéristiques clinique]. Am J Psychiatry 2002; 159:1973–1978 Crossref, Medline, Google Scholar.



FIGURE 3. Le bateau qu'a tenu Jésus et ses disciples avant que Jésus commande à la tempête de se calmer (Mark 4: 38-40) Tempête sur la mer de Galilée Par Rembrandt van Rijn (1633; localisation inconnue depuis le vol du Musée Isabella Stewart Gardner en 1990)

## 4 Jésus

Jésus est la figure fondatrice du christianisme, qui aurait vécu entre 7 et 2 avant notre ère et entre 26 et 36 apr. Le Nouveau Testament (NT) rappelle que Jésus a expérimenté et montré un comportement ressemblant beaucoup au phénomène défini par le DSM-IV-TR des AH, VH, délires, pensée référentielle (voir [Figure 3](#)), contenu de pensée de type paranoïde (sous-type PS), et l'hyper-religiosité (voir le [tableau 1](#)). Il ne semblait pas non plus avoir de signes ou de symptômes de désorganisation, de symptômes psychiatriques négatifs, de troubles cognitifs ou de symptômes de troubles de l'humeur débilissants. Les récits de NT sur Jésus ne mentionnent aucune infirmité. En termes de causes potentielles de changements de perception et de comportement, on pourrait se demander si la famine et les dérangements métaboliques étaient présents. Les expériences hallucinatoires que Jésus a vécues dans le désert alors qu'il jeûnait pendant 40 jours (Luc 4: 1–13) ont peut-être été provoquées par la famine et des troubles métaboliques. Arguer contre cela pour expliquer toutes ses expériences serait qu'il avait eu des expériences mystiques ou de révélation antérieures à son jeûne dans le désert, puis au cours de la période suivante. Pendant ces périodes, il n'y a aucune suggestion de famine ou de dérangement métabolique. Si quelque chose, les récits sur Jésus et ses disciples suggèrent qu'ils ont relativement bien mangé, par rapport aux disciples de son contemporain Jean-Baptiste (Luc 7: 33–34). Les symptômes psychotiques associés à l'épilepsie sont possibles, mais Jésus n'est pas décrit comme ayant l'une des caractéristiques communes de l'épilepsie mentionnées précédemment. Un déclin de son fonctionnement professionnel et social ne peut être établi en raison d'un manque d'informations suffisantes. Il semble que ses expériences se soient déroulées au moins une année avant sa mort. L'absence de maladie physique ou d'épilepsie apparente rend les étiologies psychiatriques primaires plus plausibles. Comme on l'a

vu dans les cas précédents, les expériences de Jésus peuvent être potentiellement conceptualisées dans le cadre de la PS ou de la psychose NOS<sup>57</sup>. Parmi les autres possibilités raisonnables, on peut citer les troubles bipolaires et schizoaffectifs.

Le risque de suicide au cours de la vie est de 5% à 10% chez les personnes atteintes de schizophrénie<sup>58</sup>.<sup>39</sup> Le suicide est défini comme une mort auto-infligée avec la preuve de l'intention de mettre fin à ses jours. Le NT raconte que Jésus était conscient que les gens avaient l'intention de le tuer et qu'il prenait des mesures pour éviter tout danger jusqu'au moment où il a permis son appréhension [son arrestation]. Par avance, il expliqua à ses disciples la nécessité de sa mort, prélude à son retour (Matthieu 16: 21-28; Marc 8:31; Jean 16: 16-28). Si cela s'est produit de la manière décrite, alors Jésus semble s'être délibérément placé dans des circonstances dans lesquelles il a anticipé son exécution. Bien que la schizophrénie soit associée à un risque accru de suicide, il ne s'agirait pas d'un cas typique. Les accompagnements suicidaires les plus courants du suicide, tels que la dépression, le désespoir et l'isolement social, n'étaient pas présents<sup>59</sup><sup>40</sup>, mais d'autres facteurs de risque, tels que l'âge et le sexe masculin, étaient présents. Le suicide par procuration est décrit comme « tout incident dans lequel un individu suicidaire fait que sa mort soit exécutée par une autre personne »<sup>60</sup>.<sup>41</sup>,<sup>42</sup> Il existe un parallèle potentiel entre les croyances et le comportement de Jésus menant à sa mort celui de celui qui prémédite une forme de suicide par procuration.

## 5 Saint-Paul de Tarse (Saul de Tarse)

Saint Paul a vécu au premier siècle de notre ère. On a supposé que ses expériences religieuses résultaient de l'épilepsie du lobe temporal<sup>61</sup>.<sup>43</sup> Nous pensons qu'il n'est pas nécessaire d'invoquer l'épilepsie pour expliquer ces expériences. L'humeur de St Paul, dans ses lettres, allait d'extatique à des larmes de chagrin [de douleur, d'affliction, de tristesse ?], suggérant des sautes d'humeur marquées<sup>62</sup>.<sup>44</sup>,<sup>45</sup> Il a ratifié une abondance d'expériences perceptuelles auditives et visuelles sublimes (2 Corinthiens 12: 2–9) qui ressemblent à des hallucinations grandioses avec un contenu de pensée délirante. Il a manifesté une religiosité accrue et des craintes des mauvais esprits, ce qui ressemble à de la paranoïa. Ces caractéristiques peuvent apparaître ensemble, en association avec des états psychotiques primaires et associés à des troubles de l'humeur.

Dans 2 Corinthiens 12: 7, St Paul raconte qu'« une épine m'a été donnée [enfouée ?] dans la chair, un messenger de Satan, pour me harceler, pour m'empêcher d'être trop exaltée ». On a supposé que cette épine était une référence à

---

<sup>57</sup> NOS : [Trouble psychotique] non spécifié ailleurs. Source : Psychotic Disorder: Not Otherwise Specified (NOS) [Trouble psychotique: non spécifié ailleurs], By Steve Bressert, Ph.D. 8 Sep 2018, <https://psychcentral.com/disorders/psychotic-disorder-not-otherwise-specified-nos/>

<sup>58</sup> Hor K, Taylor M: Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors [Suicide et schizophrénie: examen systématique des taux et des facteurs de risque]. J Psychopharmacol 2010; 24(Suppl):81–90 Crossref, Medline, Google Scholar.

<sup>59</sup> Meltzer HY: Suicidality in schizophrenia: a review of the evidence for risk factors and treatment options [Suicidalité dans la schizophrénie: examen des preuves des facteurs de risque et des options de traitement]. Curr Psychiatry Rep 2002; 4:279–283 Crossref, Medline, Google Scholar.

<sup>60</sup> a) Lord V: Suicide by Cop: Inducing Officers to Shoot [Suicide par policier (interposé): inciter les agents de police à tirer]. New York, Loose Leaf Law Publications, 2004 Google Scholar.

b) Keram E, Farrell B: Suicide by Cop: Issues in Outcome and Analysis. Suicide and Law Enforcement [Suicide par policier (interposé): problèmes de résultats et d'analyse. Suicide et application de la loi], 2001, pp 587–599 Google Scholar.

<sup>61</sup> Landsborough D: St Paul and temporal lobe epilepsy [Épilepsie de St Paul et du lobe temporal]. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1987; 50:659–664 Crossref, Medline, Google Scholar.

<sup>62</sup> a) Rieu CH: Introduction, notes, in The Acts of the Apostles [Introduction, notes, dans Les Actes des apôtres]. Translated by Rieu CH. New York, Penguin Classics, 1957, pp 9–39, 133–136, 170–171 Google Scholar.

b) Pfeleiderer O: Lectures on the influence of the Apostle Paul on the development of Christianity, delivered in London and Oxford [Conférences sur l'influence de l'apôtre Paul sur le développement du christianisme, données à Londres et à Oxford], April and May, 1885. Williams and Norgate, 1897, p 43 Google Scholar.

l'épilepsie<sup>63</sup>. <sup>43</sup> D' autres théories ont proposé que l'épine était une infirmité physique, l'opposition de ses compatriotes juifs<sup>64</sup>, <sup>46</sup> ou un démon le harcelant<sup>65</sup>. <sup>47</sup>

Nous proposons qu'il ait perçu une apparition ou une voix qu'il considérait comme un messager démoniaque, harcelant de Satan. Cette perception l'aurait peut-être affligé d'un certain nombre de commentaires négatifs du type caractéristique des affections psychotiques, entraînant une détresse psychologique.

La complexité des interactions de Paul dans ses expériences perceptuelles pèse sur [fait pencher vers] une crise ictus en tant que cause, de même que le manque de preuves d'accompagnements épileptiques plus courants, tels que des changements comportementaux stéréotypés répétitifs et des symptômes cognitifs, comme discuté précédemment. Paul, cependant, manifeste un certain nombre de caractéristiques de la personnalité similaires aux traits de personnalité inter-critiques décrits par Geschwind<sup>66</sup>, <sup>48-50</sup>, tels que des émotions approfondies ; éventuellement une pensée référentielle [circonstancielle ?] ; souci accru des questions philosophiques, morales et religieuses; l'écriture accrue, souvent sur des thèmes religieux ou philosophiques; et, éventuellement, l'hypo-sexualité (1 Corinthiens 7: 8–9). Ces caractéristiques sont controversées quant à leur spécificité pour l'épilepsie<sup>67</sup>, <sup>51, 52</sup> avec une prépondérance d'études de grande envergure ne confirmant pas un type de personnalité spécifique associé aux troubles épileptiques<sup>68</sup>. <sup>51-57</sup> Des caractéristiques similaires peuvent également être présentes dans les troubles bipolaires<sup>69</sup> <sup>5, 35, 36</sup> et la schizophrénie<sup>70</sup>. <sup>35, 36</sup> Comme mentionné précédemment, l'écriture productive a tendance à être plus fortement associée aux troubles de l'humeur que la psychose

---

<sup>63</sup> Landsborough D: St Paul and temporal lobe epilepsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1987; 50:659–664 Crossref, Medline, Google Scholar.

<sup>64</sup> The New Oxford Annotated Bible with the Apocrypha: Revised Standard Version [La nouvelle Bible annotée d'Oxford avec les Apocryphes: version standard révisée.]. Edited by May HGMetzger BM. New York, Oxford University Press, 1977, pp 1408 Google Scholar

<sup>65</sup> The Reformation Study Bible New King James Version [La Bible d'étude de la Réforme New King James Version] Sproul RC. Nashville, TN, Thomas Nelson Publishers, 1995, p 1408 Google Scholar.

<sup>66</sup> a) Geschwind N: Behavioural changes in temporal lobe epilepsy [Changements comportementaux dans l'épilepsie du lobe temporal]. *Psychol Med* 1979; 9:217–219 Crossref, Medline, Google Scholar

b) Geschwind N: Interictal behavioral changes in epilepsy [Changements comportementaux inter-épileptiques]. *Epilepsia* 1983; 24(Suppl 1):S23–S30 Crossref, Medline, Google Scholar

c) Waxman SG, Geschwind N: The interictal behavior syndrome of temporal lobe epilepsy [Le syndrome de comportement intercritique de l'épilepsie du lobe temporal]. *Arch Gen Psychiatry* 1975; 32:1580–1586 Crossref, Medline, Google Scholar

<sup>67</sup> a) Benson DF: The Geschwind syndrome. *Adv Neurol* 1991; 55:411–421 Medline, Google Scholar.

b) Schachter S: Religion and the Brain: Evidence from Temporal Lobe Epilepsy [La religion et le cerveau: preuves de l'épilepsie du lobe temporal], in *Where God and Science Meet: How Brain and Evolutionary Studies Alter Our Understanding of Religion* [dans Où Dieu et la science se rencontrent: Comment les études sur le cerveau et l'évolution modifient notre compréhension de la religion], Vol 2. Edited by McNamara P. Westport, CT, Praeger, 2006, pp 171–188 Google Scholar.

<sup>68</sup> a) Benson DF: The Geschwind syndrome, *ibid.*

b) Schachter S: Religion and the Brain: Evidence from Temporal Lobe Epilepsy, *ibid.*

c) Devinsky O, Najjar S: Evidence against the existence of a temporal lobe epilepsy personality syndrome [Preuve contre l'existence d'un syndrome de la personnalité liée à l'épilepsie du lobe temporal]. *Neurology* 1999; 53(Suppl 2):S13–S25 Medline, Google Scholar.

d) Mungas D: Interictal behavior abnormality in temporal lobe epilepsy: a specific syndrome or nonspecific psychopathology? [Anomalie de comportement intercritique dans l'épilepsie du lobe temporal: syndrome spécifique ou psychopathologie non spécifique ?] *Arch Gen Psychiatry* 1982; 39:108–111 Crossref, Medline, Google Scholar.

e) Rodin E, Schmaltz S: The Bear-Fedio personality inventory and temporal lobe epilepsy [Inventaire de la personnalité de Bear-Fedio et épilepsie du lobe temporal]. *Neurology* 1984; 34:591–596 Crossref, Medline, Google Scholar.

f) Stark-Adamec C, Adamec RE, Graham JM, et al.: Complexities in the complex partial seizures personality controversy [Complexité de la controverse sur la personnalité liée aux crises partielles complexes]. *Psychiatr J (Univ Ott)* 1985; 10:231–236 Medline, Google Scholar.

g) Stevens JR: Interictal clinical manifestations of complex partial seizures [Manifestations cliniques intercritiques de crises partielles complexes], in *Advances in Neurology*. Edited by Penry JK Daly DD. New York, Raven, 1975, pp 85–107 Google Scholar.

<sup>69</sup> American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux], 4e édition, Text edition [révision de texte]. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000, p. 297–343 Google Scholar.

<sup>70</sup> a) Flaherty AW: Frontotemporal and dopaminergic control of idea-generation and creative drive [Contrôle front-à-temporal et dopaminergique de la génération d'idées et de la créativité]. *J Comp Neurol* 2005; 493:147–153 Crossref, Medline, Google Scholar.

b) Flaherty A: The Midnight Disease: The Drive to Write, Writer's Block, and the Creative Brain [La maladie de minuit: l'envie d'écrire, le blocage de l'auteur [la crampe de l'écrivain ?] et le cerveau créatif]. New York, Mariner Books, 2005, p 41 Google Scholar.

ou l'épilepsie. Cela nous persuade que Paul souffre d'un trouble de l'humeur plutôt que de la schizophrénie ou de l'épilepsie.

La conversion religieuse de Paul sur le chemin de Damas (Actes 9: 1–19, 22: 6–13, 26: 9–16) est un événement compris comme étant marqué par l'apparition aiguë de la cécité. On a supposé que cette cécité était de nature post-critique<sup>71</sup> <sup>43</sup> ou psychogène<sup>72</sup> <sup>73</sup>. <sup>58</sup> Il semble y avoir un manque de clarté quant à savoir s'il s'agit d'un aveuglement visuel littéral ou métaphorique, puisque Paul se réfère aux personnes en dehors de son système de croyance immédiat comme étant aveugles spirituellement ou ayant les yeux fermés à la vérité spirituelle (Actes 28:26; Romains 11: 8). , 11:10; 2 Corinthiens 4: 3–5; Éphésiens 1:18). Les différences entre les trois comptes d'expérience de conversion les plus détaillés contribuent à cette ambiguïté. Actes 26: 12-18 raconte sa conversion, au cours de laquelle une vision de Jésus le charge d'ouvrir spirituellement les yeux des gens à qui il sera envoyé (voir [Figure 4](#)), ci-dessous).

| Tableau 4. Causes de la psychose secondaire à des affections médicales ou neurologiques |
|---|
| Tumeurs cérébrales  |
| Migraine complexe   |
| Délire  |
| Maladie démente   |
| Encéphalite (infectieuse, auto-immune ou paranéoplasique)                               |
| Dysfonctionnement endocrinien   |
| Épilepsie (ictal, postictal et interictal)  |
| Imagerie hypnagogique   |
| Infection (telle que la neurosyphilis)  |
| Malnutrition / famine   |
| Dérangements métaboliques   |
| Maladies métaboliques de stockage   |
| Parasomnie  |
| Intoxication  |

Tableau 4. Causes de la psychose secondaire à des affections médicales ou neurologiques.

Dans ce récit, il n'est fait aucune mention d'une perte visuelle aiguë suivie de sa restauration. L'application de la métaphore de la cécité dans Actes 26: 12-18 peut suggérer que la perte de vision de Paul était également métaphorique et servait de descripteur de sa profonde réalisation de se sentir soudain dépourvu de compréhension spirituelle ; c'est-à-dire qu'il réalise que ses yeux sont spirituellement fermés avant l'achèvement de sa conversion à la nouvelle secte religieuse. Dans un tel état émotionnel, il est supposé qu'il aurait pu avoir besoin d'encouragement et d'assistance émotionnelle pour atteindre Damas. Une autre possibilité serait celle de la cécité due au trouble de conversion. L'absence

<sup>71</sup> Landsborough D: St Paul and temporal lobe epilepsy [Épilepsie de St Paul et du lobe temporal]. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1987; 50:659–664 Crossref, Medline, Google Scholar.

<sup>72</sup> Stern A: [The problem of St. Paul's epilepsy]. Psychiatr Neurol (Basel) 1957; 133:276–284 Crossref, Medline, Google Scholar.

<sup>73</sup> Psychogène : a) Qui est un facteur psychique. b) Dont la cause est purement psychique, sans cause somatique. Des douleurs psychogènes.

d'autres épisodes de perte visuelle (absence de stéréotypie<sup>74</sup> d'événement [ou de mouvement ?]), l'absence de caractéristiques souvent observées lors de la cécité post-critique (crise généralisée, anosognosie<sup>75</sup> pour déficit)<sup>76, 59</sup> la présence d'expériences complexes auditives-visuelles, de l'humeur, congruentes, ressemblant à des hallucinations, et le retour soudain possible de sa vue avec une touche de compassion (?) ne rentre pas bien dans un schéma neurologique facilement discernable de perte de vision. Ses expériences perceptuelles, sa variabilité de l'humeur, ses symptômes grandioses, ses préoccupations grandissantes quant à la pureté religieuse et ses symptômes analogues à ceux de la paranoïa pourraient ressembler à une maladie à spectre psychotique (voir le [tableau 1](#)). Les diagnostics psychiatriques pouvant englober sa constellation d'expériences et de manifestations pourraient inclure une schizophrénie paranoïaque, une psychose SAI<sup>77</sup>, une psychose associée à un trouble de l'humeur ou un trouble schizo-affectif. La capacité préservée de Paul d'écrire et d'organiser ses pensées favoriserait l'explication de ses expériences religieuses, par un trouble de l'humeur.



FIGURE 4. Paul de Tarse, en route vers Damas, expérimentant une vision de Jésus (Actes 9: 1-19, 22: 6-13, 26: 9-16) La conversion de Saul par Michel-Ange Buonarroti (c.-à-1542-1545), Cappella Paolina, Palais du Vatican, Cité du Vatican

## 6 Commentaire sur le diagnostic différentiel

Bien qu'Abraham ait eu une expérience révélatrice pendant son sommeil (c'est-à-dire que la prophétie annonçant que ses descendants seraient esclaves en Égypte [Genèse 15: 12-16]), Paul eut des visions pendant la nuit (Actes 16: 9, 18: 9); la

<sup>74</sup> Stéréotypie (psychiatrie) : Tendence à conserver la même attitude, à répéter le même mouvement ou les mêmes paroles. Stéréotypie des schizophrènes.

<sup>75</sup> Anosognosie (médecine) : Trouble neurologique caractérisé par la méconnaissance par le malade de la maladie dont il est atteint. Source: <https://fr.wikipedia.org/wiki/Anosognosie>

<sup>76</sup> Brorson JR, Brewer K : St Paul and temporal lobe epilepsy [St Paul et l'épilepsie du lobe temporal]. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1988 ; 51: 886-887 Crossref , Medline , Google Scholar.

<sup>77</sup> SAI psychosis [psychose SAI] : Case of Psychosis in a Patient with Secondary Adrenal Insufficiency ... [Cas de psychose chez un patient présentant une insuffisance surrénalienne secondaire ...].

plupart des révélations de ces personnages ne sont pas expliquées par des phénomènes de sommeil tels que les rêves. Une foule d'autres conditions pourraient précipiter des expériences perceptuelles semblables à la révélation ([Tableau 4](#)). Peut-être que la première de ces possibilités serait les états psychotiques post-critiques et interictaux, ce qui ne peut être entièrement exclu, car les convulsions peuvent parfois être absentes, et l'absence de description dans les sources n'exclut pas la possibilité de crises épileptiques. Un certain nombre d'expériences d'Abraham et de Moïse ont suscité des craintes, laissant entrevoir la possibilité d'une aura de peur des crises. On ne raconte pas que toutes leurs expériences mystiques sont associées à la peur, ce qui indique un manque de stéréotypie semblable à une crise. Si les états psychotiques liés aux crises étaient étiologiques<sup>78</sup>, la voie menant à la psychose serait différente, mais le principe selon lequel la psychose jouerait un rôle formateur dans ses expériences de révélation resterait viable.

Néanmoins, sur la base des descriptions disponibles qui mentionnent des caractéristiques présentant une ressemblance frappante avec des symptômes psychotiques et l'absence de mention d'événements ressemblant à des crises épileptiques, il est plus parcimonieux d'expliquer ces expériences comme pouvant être dues à un état psychiatrique primaire. Les conditions restantes du [tableau 4](#) ne sont pas particulièrement suggérées par un examen médical du matériau source.

Un trouble psychotique partagé (folie à deux) est une possibilité pour chacun des sujets abordés. La caractéristique essentielle de cette maladie est celle d'une illusion qui se développe chez une personne qui entretient une relation intime avec une autre personne, parfois appelée «inducteur» ou «cas primaire», qui présente déjà un trouble psychotique avec des illusions prédominantes. L'individu partage en tout ou en partie les croyances délirantes du cas principal. <sup>5, 60</sup> Chez nos sujets, il n'y a pas d'associés proches connus ayant un spectre et une ampleur de symptômes équivalents qui pourraient jouer le rôle d'un cas primaire. Inversement, chacun de nos sujets pourrait aussi théoriquement avoir servi de cas primaire dans une relation partagée de trouble psychotique. Parmi les autres explications psychiatriques, qu'il convient de mentionner par souci d'exhaustivité, figurent celles des expériences mystiques résultant de forces inconscientes. <sup>61</sup> Celles-ci peuvent se manifester par un trouble de conversion ou une affection dissociative telle qu'un état de transe ou un trouble d'identité dissociatif (DID). Une autre possibilité serait celle d'une représentation erronée délibérée de la révélation surnaturelle. Cette hypothèse nécessiterait une interpolation significative à l'appui. Un argument contre cela serait que les sources utilisées semblent tout à fait sincères quant à leur croyance en l'origine divine de ces expériences. Une situation très complexe serait celle d'un trouble psychotique accompagné de déclarations délibérément fausses, de symptômes de conversion, d'états de transe dissociatifs et de DID. Ces hypothèses sont mentionnées pour permettre une évaluation adéquate des possibilités malgré l'incapacité reconnue à justifier l'un quelconque de ces processus en cours.

## 7 Limites de l'analyse

Les sources utilisées pour obtenir des informations sur nos sujets ne sont pas des dossiers médicaux. Le lecteur moderne est confronté à des défis pour interpréter des événements très éloignés de notre époque et de notre culture et qui sont racontés dans une langue différente par des auteurs qui avaient leurs propres préjugés. On pourrait supposer que nos sujets ne peuvent être compris que dans le contexte de ces facteurs et selon les normes de l'expérience religieuse de leur époque. D'autres pourraient conseiller que ces écrits religieux ne soient interprétés que de manière non littérale, c'est-à-dire métaphoriquement et de manière abstraite, éliminant ainsi la possibilité d'un examen médical.

D'autres encore pourraient proposer que les connaissances médicales soient toujours dans un état de mutation, ce qui rend impermanent ce type d'analyse en raison de sa dépendance à la vogue médicale dominante du moment. <sup>62</sup> On peut aussi affirmer qu'un diagnostic rétrospectif est une transgression des principes médicaux, puisqu'un avis médical est rendu sur un patient qui n'a jamais été vu ni examiné. <sup>62</sup>

En commençant par le dernier point, puisque cela constituerait un obstacle à toute capacité préalable de dériver des informations sur les personnes non présentes à l'examen, nous estimons qu'il est simpliste de dire que tout diagnostic doit reposer sur l'éthique et la méthode sur la présence du patient, en personne. Les domaines comportemental et neurologique de la médecine reposent souvent sur les observations de la famille, des amis et des collaborateurs de nos patients en raison de la réticence parfois des patients à parler de leurs symptômes, de l'insuffisance des informations ou des inexactitudes de la déclaration volontaire. Des échantillons de l'écriture d'un patient sont fréquemment utilisés pour

---

<sup>78</sup> Etiologique : Relatif à l'étiologie, à l'étude des causes des maladies.

évaluer le mouvement, <sup>63</sup>contenu de la pensée, fonction du langage, organisation et capacité d'abstraction. De plus, les progrès dans la compréhension de la physiologie humaine nous ont donné une certaine confiance pour interpréter certains types de résultats, tels que ceux attribués au médecin indien Shushruta du 6ème siècle avant notre ère, qui a décrit l'urine sucrée. <sup>64</sup>Nous n'avons pas besoin d'être présents pour reconnaître un cas probable de diabète sucré. De même, d'autres conditions peuvent porter des signes suffisants dans leurs descriptions dans la littérature pour permettre une discussion sur leurs causes. Les figures que nous avons discutées ont des informations sur lesquelles puiser, dont certaines sont considérées par la tradition religieuse comme étant écrites par des individus (Moïse et Paul) et d'autres par des associés proches (de Jésus et Paul), qui ont potentiellement fourni plus d'informations, à leur sujet que disponible pour la plupart des personnes nées avant l'âge présent. Nous reconnaissons une limite importante dans la mesure où nous considérons ces documents sources comme des composites des perspectives et des convictions d'auteurs, dont la plupart n'auraient pas personnellement connu nos sujets. <sup>65</sup>.<sup>66</sup>Ce serait semblable à d'autres écrivains anciens qui ont raconté des histoires de gens et d'événements auxquels ils n'étaient pas présents. Cette analyse dépend de la manière dont nos sources reflètent, dans une certaine mesure, les personnes et les événements réels tels qu'ils étaient.

Il est ensuite rappelé au lecteur que l'entretien médical et l'examen ne sont pas fixés de manière générale. Il est entendu qu'un médecin doit ajuster l'entretien et l'examen en fonction des objectifs et des circonstances. <sup>67</sup>.<sup>68</sup>Un psychiatre peut limiter l'examen à la discussion sur les sentiments et les perceptions pertinents, sans jamais toucher physiquement le patient, mais en déduisant de manière fiable le niveau de vigilance, d'orientation, d'attention, d'aptitude à s'autoréguler et à percevoir les signaux sociaux, l'organisation de la pensée, les capacités linguistiques, la mémoire, la perspicacité, le jugement et l'intelligence générale, entre autres. Un chirurgien peut insister sur la nécessité de palper une masse pour en déterminer les caractéristiques. Ces approches sont très différentes et sont ajustées en fonction d'objectifs spécifiques. Le paradigme pour la compréhension du comportement en termes de relation cerveau-comportement est en grande partie un produit de la recherche sur le cerveau au cours du dernier siècle, et il n'était pas disponible pour nos prédécesseurs. <sup>69</sup>Il est utile d'appliquer nos modèles modernes de corrélation entre le comportement et l'anatomie neurale pour vérifier les limites de localisation et de diagnostic, tout en reconnaissant et en examinant minutieusement leurs limites.

Nous pouvons brièvement donner un exemple de la manière dont une compréhension de la neuroanatomie fonctionnelle moderne peut permettre un degré de discernement jusque-là inaccessible sur un individu non présent à l'examen. Laissant de côté les questions relatives à l'authenticité de l'auteur et à l'actualité des événements, nous examinerons ce qui pourrait être déterminé à propos de saint Paul, apparemment de sa propre main. Ses écrits indiquent qu'il a beaucoup voyagé, même s'il a survécu à de nombreuses épreuves physiques (2 Corinthiens 11: 23-27). Ces activités nécessiteraient au minimum une fonction motrice, une sensation et une coordination généralement intactes. On sait maintenant que ces capacités sont accomplies par l'action de circuits corticaux – sous-corticaux cérébraux spécifiques (dans les lobes frontaux et pariétaux), liés par un type de traitement parallèle et modulés par le cervelet.<sup>70</sup>Ces systèmes sembleraient être globalement intacts, pour supporter de tels voyages et de telles difficultés. Les souvenirs détaillés de Paul sur les événements et ses références au contenu des épîtres précédentes préconisent des systèmes de mémoire intacts, à la fois sémantiques et épisodiques, au moment de sa rédaction. On pense maintenant que ces systèmes de mémoire reposent sur un circuit cérébral profond comprenant l'hippocampe, le fornix, le corps mammifère, le tractus mamillothalamique, le noyau antérieur du thalamus et le gyrus cingulé (circuit de Papez). Paul a parlé à de nombreuses personnes lors de ses voyages, indiquant la fonction adéquate du langage, qui dépend des structures cérébrales périsylviennes. Sa capacité à former des relations sociales et à parler de manière persuasive en utilisant un langage métaphorique suggère des fonctions de base relativement préservées des systèmes du lobe frontal et des systèmes limbiques, qui supervisent l'autorégulation, les émotions, l'abstraction, la capacité à organiser les pensées et à attirer l'attention. Sa capacité à rester éveillé, à parler, à manger et à respirer soutient le fonctionnement d'un tronc cérébral. À des fins précises, cet examen peut être plus éclairant que celui d'un 1<sup>st</sup> médecin -century formé assis dans la chambre avec St Paul ou celle d'un médecin du 21<sup>e</sup> siècle, sans la formation appropriée. Une évaluation plus nuancée de la cognition et du comportement pourrait être obtenue par l'application d'approches neurologiques neuropsychiatriques et comportementales faisant appel à la compréhension moderne des caractéristiques des maladies neurologiques et psychiatriques. L'inventaire précédent des systèmes neuronaux généralement intacts de St. Paul peut être largement étendu à chacun de nos sujets. Ce serait le premier inventaire de ce type soutenant une préservation générale de tels systèmes neuronaux pour Abraham, Moïse, Jésus et Saint Paul. Il est reconnu que les analyses médicales sont finalement susceptibles d'être incorrectes ou incomplètes et

devraient toujours pouvoir faire l'objet d'une révision lorsque de nouvelles informations sont disponibles. Sans un examen théorique des méthodes et des conclusions, il n'est pas possible d'améliorer la compréhension.

Nous passons maintenant à plusieurs lignes de raisonnement qui favorisent la crédibilité de nos propositions.

Premièrement, la recherche sur la schizophrénie a fourni des preuves convaincantes pour soutenir le modèle de vulnérabilité génétique, associé aux facteurs de stress environnementaux et psychosociaux, appelé modèle de diathèse-stress, en tant que mécanisme par lequel la schizophrénie se produit. <sup>71-73</sup>

Les caractéristiques cliniques transculturelles, <sup>74</sup> un risque accru d'avoir la maladie selon le degré de parenté avec les victimes, un grand nombre de gènes identifiés qui affectent le risque de développer la schizophrénie, et une prévalence accrue d'anomalies du développement subtiles du cerveau chez les personnes atteintes de schizophrénie <sup>70, 75</sup> suggèrent des interactions entre les influences génétiques et environnementales <sup>75, 76</sup> qui, autant qu'on le sache, n'auraient pas dû être différentes chez les personnes vivant dans le monde antique.

Un deuxième point repose sur la reconnaissance de la psychose dans les pages d'écrits anciens. La psychose a été connue sous de nombreux noms à travers l'histoire. Ce n'est que récemment que la nomenclature plus précise a été développée. Il ne faut pas s'étonner que nous ayons du mal à reconnaître les cas dans les écrits anciens lorsque nous regardons à travers les yeux d'auteurs anciens. Selon la compréhension moderne de la psychose, les processus de pensée traduisant une vision très déformée de la réalité ou une perte totale de contact avec la réalité constituent une caractéristique essentielle. Le DSM-IV-TR indique que le terme «psychotique» désigne une constellation de symptômes pouvant varier dans une certaine mesure selon les catégories de diagnostics, mais il fait généralement référence aux délires, aux hallucinations saillantes, au discours désorganisé ou au comportement désorganisé ou cataton. <sup>5</sup> Une illusion est une fausse croyance basée sur une inférence inexacte sur la réalité extérieure qui est fermement maintenue malgré ce que presque tout le monde croit et malgré tout ce qui constitue une preuve irréfutable et évidente ou une preuve du contraire.

La croyance n'est pas celle généralement acceptée par les autres membres de la culture ou de la sous-culture de la personne, <sup>5</sup> la conviction délirante se produit sur un continuum. <sup>5</sup> Les représentations de nos sujets indiquent qu'ils ont peut-être soit trouvé leurs propres expériences qui ne sont pas entièrement crédibles pour eux-mêmes, compris que leurs expériences seraient difficiles à croire, ou que leurs contemporains les ont perçus comme étant fous. Genèse: 12 à 20 raconte que Dieu a promis des bénédictions, une progéniture et une terre à Abraham. Malgré ces assurances, la peur de la mort provoquée par Abraham l'incita à soumettre sa femme à l'affection des rois à deux reprises afin d'empêcher sa propre exécution. Moïse, pour sa part, fait remarquer à Dieu dans Exode 4: 1 que le message qu'il a été donné à apporter aux Israélites était une bonne chance de ne pas être cru par un peuple qui nous caractériserait aujourd'hui comme polythéiste, <sup>77</sup>superstitieux, et donc plus susceptibles d'avoir accepté de tels événements. Leur rapide retour aux pratiques religieuses antérieures malgré une série de miracles (Exode 32) semble corroborer l'inquiétude de Moïse. Marc 3:21 confirme une occasion dans laquelle les amis et la famille de Jésus le considéraient comme fou ou «à côté de lui». Il est intrinsèque à son récit que les habitants de sa ville natale (Marc 6: 1-6) et les autorités religieuses de l'époque aussi n'a pas accepté son message. Festus, contemporain de St Paul, le gouverneur romain local de Judée, dans Actes 26:24, s'est exclamé que Paul paraissait «fou» ou non sain d'esprit. Ces événements sont proches dans le temps de nos sujets et pourraient suggérer des processus de pensée de type psychotique.

Un troisième point concerne la nécessité de prendre en compte les facteurs religieux et culturels du moment. Le DSM-IV-TR reconnaît que des hallucinations visuelles et auditives à contenu religieux peuvent faire partie d'une expérience religieuse normale dans certaines cultures. <sup>5</sup> Rediger observe que l'esprit occidental a tendance à pathologiser les expériences spirituelles et qu'il peut exister une dépendance excessive de l'interprétation psychologique de l'existence matérielle. <sup>78</sup> Il suggère qu'il y a une anosognosie pour les phénomènes expérimentaux qui existent en dehors de la bande étroite de la conscience que la psychologie et appréhende qu'il y a beaucoup à apprendre des traditions orientales à cet égard. <sup>78</sup> Il recommande une approche mettant en corrélation les phénomènes sortant du paradigme psychologique avec la science médicale plutôt qu'avec la pathologie. En harmonie avec cette perspective, il est reconnu que certaines expériences spirituelles peuvent avoir des effets très bénéfiques sur la transformation de la vie de certaines personnes, leur permettant de surmonter les obstacles et de modifier les comportements destructeurs. En réponse à ces réflexions, nous soulignons que notre intention n'est pas de prouver que les expériences de nos sujets n'auraient pas pu résulter d'expériences religieuses normales, dans le contexte de facteurs culturels; c'est appliquer un paradigme neuro-

comportemental moderne aux expériences de nos sujets et ainsi faire avancer un dialogue sur les limites rationnelles de l'expérience perceptuelle. Vers cela, nous soulignons que leurs expériences, si elles se sont déroulées telles que racontées, Il est reconnu que le contenu des délires schizophréniques et des hallucinations est influencé de manière significative par le contexte socioculturel. Différentes expériences culturelles peuvent donner lieu à différentes formes et contenus délirants. <sup>79, 80</sup> Les critères du DSM-IV-TR supposent que nous sommes capables de distinguer les phénomènes psychotiques d'autres expériences normales dans le contexte d'une culture donnée. Malheureusement, les algorithmes fondés sur des preuves pour accomplir cela ne sont pas disponibles. La tâche est compliquée par le temps qu'il nous reste à parcourir. Il est encore possible de surmonter ces obstacles dans une certaine mesure en s'appuyant sur les perspectives de personnes plus proches dans le temps et la culture de nos sujets.

Les premiers croyants trouvaient les expériences des sujets suffisamment éloignées de la sphère de la vie normale pour être comprises comme le produit d'une relation très inhabituelle avec une force divine. <sup>66</sup> Ceux qui ne le croyaient pas avaient peut-être diverses raisons, dont certaines étaient que le message était trop éloigné de leur réalité pour être accepté.

À la lumière de la situation actuelle, si les expériences de nos sujets résultaient uniquement d'une convergence d'expériences religieuses normales, individuelles et communautaires, nous nous serions attendus à de nombreuses histoires de ce type et qu'il n'y avait donc aucune raison de les prendre maintenant en considération en raison de leur nature mondaine. La littérature survivante, qu'elle soit d'origine grecque classique, romaine ou biblique, ne permet pas de penser qu'il était courant dans le monde antique que la population en général ait des expériences auditives et visuelles récurrentes aussi vastes que celles de nos sujets. Les populations des tout premiers adeptes de ces nouveaux systèmes de croyances, comme celles de nos sujets, constitueraient de petits groupes capables d'accepter les croyances avant l'émergence de pressions sociales liées à la dynamique de groupe plus large. Comment pouvons-nous expliquer l'existence des premiers adeptes? Leur présence ne serait pas attendue d'une association avec des individus ayant une vision très déformée de la réalité.

Les modèles sociaux de psychopathologie peuvent être utiles pour comprendre comment cela aurait pu se produire. La théorie de la distance sociale et la théorie du trouble de la communication suggèrent qu'il est possible de différencier la santé mentale de la psychose, en fonction du degré auquel les croyances entravent ou facilitent la communication et l'acceptation par la société. Ceux qui s'écartent excessivement des normes sociales ne sont pas liés à la population, ne sont pas compris, deviennent socialement isolés et stigmatisés, et peuvent être identifiés comme non-sensés. <sup>81</sup> Ce point de vue pourrait définir comme étant sain d'esprit toute personne capable de maintenir l'acceptation et la communication avec un groupe social. Cette théorie ne tient pas compte des individus qui semblent manifester des délires soutenus de type messianique, paranoïaques, grandioses, qui, de nos jours, ont attiré de nombreux adeptes. David Koresh, du groupe Branch Dravidians <sup>82</sup> et Marshall Applewhite, du culte de Heaven's Gate, en sont deux exemples. <sup>83</sup> Ces derniers temps, d'autres ont prétendu être prophète, messie, <sup>84</sup> Jésus, <sup>85</sup> Bouddha, <sup>86</sup> avatar, <sup>87</sup> ou madhi, <sup>88</sup> qui ont acquis des adeptes. Si David Koresh et Marshall Applewhite sont reconnus comme ayant des croyances à spectre psychotique, il devient alors insupportable de penser que le diagnostic de psychose doit reposer strictement sur l'incapacité de maintenir un groupe social. Un sous-groupe d'individus présentant des symptômes psychotiques semble capable de créer des liens sociaux et des communautés intenses malgré une vision extrêmement déformée de la réalité. L'existence d'un sous-ensemble d'individus présentant des symptômes de type psychotique et fonctionnant mieux est corroborée par des recherches indiquant que des expériences de type psychotique, comprenant des croyances à la fois étranges et non bizarres, sont rencontrées dans la population en général. Cela conforte l'idée que les symptômes psychotiques se situent probablement dans un continuum. <sup>89-92</sup>

Les modèles de relations politico-psychologiques des relations leader-suiveur peuvent fournir des indications utiles sur la manière dont les premiers adeptes auraient pu se regrouper autour de nos sujets. Wilner <sup>93 a</sup> étudié la littérature sur le thème du leadership charismatique et l'a définie comme une relation entre un leader et un groupe d'adeptes, possédant les propriétés suivantes:

1. Le leader est perçu par les partisans comme en quelque sorte surhumain.
2. Les adeptes croient aveuglément aux déclarations du leader.

- 3 Les adeptes se conforment inconditionnellement aux directives d'action du leader.
- 4 Les suiveurs apportent au leader un soutien émotionnel non qualifié.

Wilner identifie également quatre «facteurs catalytiques» qui sont partagés par les leaders charismatiques. Le premier facteur est l'assimilation d'un dirigeant à un ou plusieurs des mythes dominants de sa société ou de sa culture. La seconde est la performance de ce qui semble être un exploit extraordinaire ou héroïque. La troisième est la projection de la possession de qualités avec une aura mystérieuse ou puissante. Enfin, il existe une capacité rhétorique exceptionnelle »<sup>93</sup>.

Il est raisonnable de supposer qu'une dynamique de groupe charismatique - groupe de suiveurs était présente entre nos sujets et leurs suiveurs. À ce propos, on ne peut guère faire d'autres commentaires sur Abraham, car on dispose de très peu d'informations à son sujet. Moïse se sentait ne pas être un bon orateur et son frère Aaron a été nommé pour parler en son nom à la communauté (Exode 4: 10-16). Cela soulève des questions intéressantes sur les rôles que les membres de la communauté pourraient contribuer au fonctionnement d'une dynamique de leadership-suiveurs afin de compléter les carences du leader. Les récits de Jésus et de Paul contiennent des détails qui pourraient s'inscrire dans un paradigme charismatique de leader-suiveur du comportement de groupe.

La création et le maintien de groupes dépendraient de mécanismes supplémentaires :

Wilfred Bion<sup>94</sup> ont observé trois modèles de comportement de groupe chez des adultes en bonne santé et matures, dans lesquels les membres du groupe agissent comme s'ils étaient dominés : le groupe de dépendance, le groupe d'appariement et le groupe combat-fuite. Le groupe de dépendance se tourne vers un chef omnipotent pour la sécurité, se comportant comme s'il n'avait pas d'esprit indépendant. Les membres cherchent aveuglément des instructions et suivent les ordres sans poser de questions. Ils ont tendance à idéaliser et à placer le leader sur un socle. Lorsque le chef ne parvient pas à respecter les normes d'omnipotence et d'omniscience, il s'ensuit une période de déni, puis de colère et de déception. Dans le groupe d'appariement, les membres agissent comme si l'objectif du groupe était de produire un messie, quelqu'un qui les sauverait. Il y a un air d'optimisme et d'espoir qu'un nouveau monde est à nos portes. Le groupe combat-fuite s'organise en relation avec une menace extérieure perçue. Le groupe lui-même est idéalisé dans le cadre d'un mécanisme de polarisation, tandis que la population extérieure est régulièrement perçue comme une motivation malveillante. Le monde extérieur menaçant est à la fois une menace pour l'existence du groupe et la justification de son existence. Chacun de ces types de groupe caractérise régulièrement les adeptes des relations charismatiques leader-suiveur.<sup>95</sup> Il est raisonnable de proposer qu'un ou plusieurs de ces types de dynamique de groupe étaient présents à des degrés divers, que ce soit simultanément ou dans différentes séquences, dans les groupes de nos sujets à mesure qu'ils développaient leurs croyances au fil du temps.

Comment les personnes atteintes de maladie mentale peuvent-elles accéder à des postes de leadership? Ghaemi<sup>96</sup> avance une hypothèse selon laquelle il existe des éléments clés associés à la maladie mentale qui peuvent être bénéfiques pour les capacités de leadership : réalisme, résilience, empathie et créativité.<sup>96</sup> Son analyse de plusieurs politiques, les chefs militaires et commerciaux notables et l'examen de la recherche psychologique conduit à sa proposition que la dépression peut être associée à une augmentation de chacune de ces qualités, et la manie peut être associée à une amélioration de la créativité et de la résilience. La dépression incite les dirigeants à être plus réalistes et empathiques, alors que la manie favorise leur créativité et leur résilience.<sup>96</sup> Il ajoute que lorsque la dépression et la manie se manifestent dans le trouble bipolaire, cela peut entraîner une augmentation supplémentaire des compétences en leadership. Selon lui, ces personnes ont un avantage indirect à entrer dans ces états de l'humeur et à en sortir, en plus d'être dans leur état de bien-être entre les épisodes.<sup>96</sup> Si cela devait être vrai, nos sujets pourraient alors être plus susceptibles de présenter des états psychotiques associés à un trouble affectif et auraient ainsi pu bénéficier de périodes passées dans différents états de l'humeur, y compris leur état de bien-être. On s'attendrait à ce que la qualité du réalisme soit le plus affectée dans un état psychotique, en particulier si elle est jugée du point de vue de la sensibilité moderne. En ce qui concerne les croyances religieuses apparues au cours des périodes historiques précédant l'avènement d'une compréhension accrue du monde naturel, il aurait été plus difficile de juger cette qualité et, par conséquent, de faire preuve d'une plus grande tolérance culturelle ou de l'acceptation d'un plus large éventail d'idées.

Un trouble psychotique partagé <sup>5, 60</sup> est un autre moyen par lequel les premiers adeptes ont pu recevoir leurs convictions, chacun de nos sujets constituant un cas primaire. Bien que se produisant principalement sous la forme d'une relation dyadique, il a été rapporté que les délires paranoïaques se produisaient parfois dans de plus grands groupes ressemblant à des sectes, dont les membres étaient imprégnés de l'idéation paranoïaque d'un membre dominant. Norman Cameron a qualifié ce phénomène de «pseudonyme paranoïaque». <sup>97-99</sup> Ce terme est utilisé pour désigner un complot de persécution imaginé visant le membre du groupe. Une fois séparés du tissu social du groupe, de nombreux membres ont retrouvé la capacité de voir les autres sans trop de suspicion. <sup>100</sup> Ce modèle de comportement de groupe peut s'étendre sur un continuum avec celui du groupe combat-fuite décrit par Wilfred Bion. De manière beaucoup plus spéculative, chacun de nos sujets et leurs adeptes auraient pu être un initiateur ou un destinataire dans une chaîne de personnes qui transmettent des croyances semblables à des illusions. Chaque destinataire agirait alors comme principal cas pour un autre individu. Les auteurs ne connaissent aucun cas d'une telle chaîne de transmission de croyances analogues à une illusion et cette possibilité est donc hautement hypothétique. De manière générale, ce sont la perspicacité et la sensibilité de la personne à la raison qui sont des moyens importants par lesquels les processus de pensée sains et psychotiques sont distingués.

Enfin, en réponse à la proposition selon laquelle une interprétation non littérale des écrits religieux est la plus souhaitable, il est observé que, depuis la nuit des temps, les croyants ont compris que les expériences de nos sujets avaient eu lieu littéralement telles que décrites. De ce fait, bon nombre de ces expériences ressemblent beaucoup à des phénomènes psychiatriques bien caractérisés. Cela laisse entrevoir un degré de précision inhabituel dans les sources en ce qui concerne ces détails.

La discussion sur un rôle potentiel pour le surnaturel sort du cadre de notre article et est réservée aux communautés de fidèles, d'érudits religieux et de théologiens, à une exception près. Nous sommes d'avis qu'une comptabilité neuropsychiatrique du comportement ne doit pas nécessairement être considérée comme excluant un rôle pour le surnaturel. Des mécanismes neuropsychiatriques ont été proposés pour comprendre les comportements et les actions. Pour ceux qui croient en des forces surnaturelles omnipotentes et omniscientes, cela ne devrait pas constituer un obstacle, mais pourrait plutôt servir d'explication mécaniste de la manière dont les événements peuvent s'être déroulés. Aucun manque de respect ne vise les croyances de quiconque ou ces figures vénérables.

Si tel est le cas après avoir lu cette analyse, on pourrait se demander s'il existe une stigmatisation dans l'esprit du lecteur à propos de la maladie mentale. Toute stigmatisation envers les personnes atteintes de maladie mentale est rejetée par les auteurs.

## 8 Directions futures

La recherche sur cette forme de présentation psychiatrique postulée pourrait être facilitée par la mise au point d'une nouvelle sous-catégorie diagnostique de schizophrénie ou de psychose du DSM et par une meilleure reconnaissance de l'existence d'un continuum de symptomatologie psychotique.

Cette sous-catégorie peut être qualifiée de variante grandiose ou supraphrénique (supra [au-dessus ou au-delà] phrénique [mental]). Cela engloberait ceux qui présentaient des symptômes pendant six mois ou plus, avec un système délirant organisé et relativement peu banal, une grandiosité, souvent un narcissisme délirant, des hallucinations possibles et un sentiment extrêmement intense d'être sélectionné de manière surnaturelle pour une mission. Cela permettrait de reconnaître que, lorsque cela se produit chez des individus ayant généralement une intelligence moyenne ou supérieure, de fortes compétences en communication, un degré élevé de charisme magnétique et la capacité de générer efficacement de l'empathie, ces individus peuvent être capables de convaincre ou de captiver psychologiquement des groupes ou des populations d'individus à suivre leurs directives pendant des périodes indéfinies. Leurs objectifs sont partiellement ou totalement inspirés par des processus de pensée psychotiques. Ces processus de pensée peuvent engendrer des croyances étroitement liées à d'autres croyances sociales communes, mais ils ne sont pas très sensibles à la raison. Les personnes affectées peuvent démontrer une capacité préservée à maintenir un groupe social, à être très persuasif, à devenir socialement élevées dans un groupe et à exercer une influence démesurée sur les autres membres du groupe. Leurs croyances peuvent conduire à parrainer des activités qui sont mortelles pour eux-mêmes et pour les autres et qui sont en dehors des normes de leur société. La désorganisation, les symptômes psychiatriques négatifs et le

dysfonctionnement cognitif ne sont pas significativement présents. Des caractéristiques affectives peuvent être présentes, mais ne sont généralement pas débilitantes. L'hyper-religiosité serait un accompagnement fréquent mais n'est pas forcément nécessaire, étant donné qu'une dévotion extrême à d'autres systèmes de croyances sociopolitiques ou des forces extraterrestres ou surnaturelles perçues pourraient servir de substituts. Ces individus sont capables d'influencer de manière extraordinaire les individus et la société.

## 9 Conclusion

Nous suggérons que certaines des figures religieuses les plus importantes de la civilisation aient eu des symptômes psychotiques qui ont inspiré leurs révélations. On espère que cette analyse engendrera un dialogue scientifique sur les limites rationnelles de l'expérience humaine et servira à éduquer le grand public, les personnes atteintes de maladie mentale et les prestataires de soins de santé sur la possibilité que des personnes atteintes de troubles du spectre psychotique primaires et associés à un trouble de l'humeur ont eu une influence monumentale sur la civilisation.

Du Département de neurologie, Hôpital McLean, École de médecine de Harvard, Belmont, MA (EDM, BHP); Département de psychiatrie, hôpital McLean, faculté de médecine de Harvard, Belmont, MA (MGC); Département de neurologie, hôpital général du Massachusetts, école de médecine de Harvard, Belmont, MA (EDM, BHP).

Envoyez une correspondance à Evan D. Murray, MD, département de neurologie, hôpital McLean, Belmont, MA; Courriel: [emurray@mclean.harvard.edu](mailto:emurray@mclean.harvard.edu)

Rédigé avec le soutien financier de la fondation Sidney R. Baer, Jr., St Louis, MO.

Figure Crédits: Figure 1: Wikipedia: <http://en.wikipedia.org/wiki/File:Abraham.jpg> ; Figure 2: Wikipedia: [http://yo.wikipedia.org/wiki/F%C3%A1%C3%AC%C3%AC:Domenico\\_Fetti\\_004.jpg](http://yo.wikipedia.org/wiki/F%C3%A1%C3%AC%C3%AC:Domenico_Fetti_004.jpg) ; Figure 3: Wikipedia: [http://en.wikipedia.org/wiki/Fichier:Rembrandt\\_Christ\\_in\\_the\\_Storm\\_on\\_the\\_Lake\\_of\\_Galilee.jpg](http://en.wikipedia.org/wiki/Fichier:Rembrandt_Christ_in_the_Storm_on_the_Lake_of_Galilee.jpg) ; Figure 4: Wikipédia Commons: <http://commons.wikimedia.org/wiki/File:4paul1.jpg> .

Nous remercions Steven Schachter, MD, professeur de neurologie, Harvard Medical School; et Jeffrey Rediger, MD, M.Div., professeur adjoint de psychiatrie à la Harvard Medical School; et le Centre de recherche sur le cerveau, le droit et le comportement de l'Hôpital général du Massachusetts, Boston, MA.

## 10 Références

- 1 Hazlett SB, McCarthy ML, Londner MS, et al.: Epidemiology of adult psychiatric visits to U.S. emergency departments. **Acad Emerg Med** 2004; 11:193–195 [Crossref](#), [Medline](#), [Google Scholar](#)
- 2 Baillargeon J, Thomas CR, Williams B, et al.: Medical emergency department utilization patterns among uninsured patients with psychiatric disorders. **Psychiatr Serv** 2008; 59:808–811 [Crossref](#), [Medline](#), [Google Scholar](#)
- 3 Rudaleviciene P, Stompe T, Narbekovas A, et al.: Are religious delusions related to religiosity in schizophrenia? **Medicina (Kaunas)** 2008; 44:529–535 [Crossref](#), [Medline](#), [Google Scholar](#)
- 4 Baier M: Insight in schizophrenia: a review. **Curr Psychiatry Rep** 2010; 12:356–361 [Crossref](#), [Medline](#), [Google Scholar](#)
- 5 American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000, pp 297–343 [Google Scholar](#)
- 6 Shannon B: Biblical entheogens: a speculative hypothesis. **Time and Mind** 2008; 1:51–74 [Crossref](#), [Google Scholar](#)
- 7 Elliott B, Joyce E, Shorvon S: Delusions, illusions, and hallucinations in epilepsy, 2: complex phenomena and psychosis. **Epilepsy Res** 2009; 85:172–186 [Crossref](#), [Medline](#), [Google Scholar](#)
- 8 Nadkarni S, Arnedo V, Devinsky O: Psychosis in epilepsy patients. **Epilepsia** 2007; 48(Suppl 9):17–19 [Crossref](#), [Medline](#), [Google Scholar](#)
- 9 de Araújo Filho GM, da Silva JM, Mazetto L, et al.: Psychoses of epilepsy: a study comparing the clinical features of patients with focal versus generalized epilepsies. **Epilepsy Behav** 2011; 20:655–658 [Crossref](#), [Medline](#), [Google Scholar](#)

- 10 Ogata A, Miyakawa T: Religious experiences in epileptic patients with a focus on ictus-related episodes. **Psychiatry Clin Neurosci**1998; 52:321–325 [Crossref](#), [Medline](#), [Google Scholar](#)
- 11 Kanemoto K, Kawasaki J, Kawai I: Postictal psychoses: in comparison with acute interictal psychoses. **Jpn J Psychiatry Neurol**1994; 48:209–211 [Medline](#), [Google Scholar](#)
- 12 Brewerton TD: Hyperreligiosity in psychotic disorders. **J Nerv Ment Dis** 1994; 182:302–304 [Crossref](#), [Medline](#), [Google Scholar](#)
- 13 Landtblom AM, Lindehammar H, Karlsson H, et al.: Insular cortex activation in a patient with “sensed presence”/ecstatic seizures. **Epilepsy Behav** 2011; 20:714–718 [Crossref](#), [Medline](#), [Google Scholar](#)
- 14 Picard F, Craig AD: Ecstatic epileptic seizures: a potential window on the neural basis for human self-awareness. **Epilepsy Behav**2009; 16:539–546 [Crossref](#), [Medline](#), [Google Scholar](#)
- 15 Asheim Hansen B, Brodtkorb E: Partial epilepsy with “ecstatic” seizures. **Epilepsy Behav** 2003; 4:667–673 [Crossref](#), [Medline](#), [Google Scholar](#)
- 16 Naito H, Matsui N: Temporal lobe epilepsy with ictal ecstatic state and interictal behavior of hypergraphia. **J Nerv Ment Dis** 1988; 176:123–124 [Crossref](#), [Medline](#), [Google Scholar](#)
- 17 Cirignotta F, Todesco CV, Lugaresi E: Temporal lobe epilepsy with ecstatic seizures (so-called Dostoevsky epilepsy). **Epilepsia** 1980; 21:705–710 [Crossref](#), [Medline](#), [Google Scholar](#)
- 18 Prendergast J, Spira P, Schnieden V: Post-ictal psychosis: an unusual clinical entity. **Aust N Z J Psychiatry** 1999; 33:433–435 [Crossref](#), [Medline](#), [Google Scholar](#)
- 19 Dongier S: Statistical study of clinical and electroencephalographic manifestations of 536 psychotic episodes occurring in 516 epileptics between clinical seizures. **Epilepsia** 1959/1960; 1:117–142 [Crossref](#), [Medline](#), [Google Scholar](#)
- 20 Kanemoto K: Postictal psychoses, in **Progress in Epileptic Disorders: Neuropsychiatric Issues in Epilepsy**. Montrouge, France. Edited by Inoue Y, Matsuura M. John Libbey Eurotext, 2010, pp 27–34 [Google Scholar](#)
- 21 Umbricht D, Degreef G, Barr WB, et al.: Postictal and chronic psychoses in patients with temporal lobe epilepsy. **Am J Psychiatry**1995; 152:224–231 [Crossref](#), [Medline](#), [Google Scholar](#)
- 22 Kanner AM, Stagno S, Kotagal P, et al.: Postictal psychiatric events during prolonged video-electroencephalographic monitoring studies. **Arch Neurol** 1996; 53:258–263 [Crossref](#), [Medline](#), [Google Scholar](#)
- 23 Trimble M, Kanner A, Schmitz B: Postictal psychosis. **Epilepsy Behav** 2010; 19:159–161 [Crossref](#), [Medline](#), [Google Scholar](#)
- 24 Kanemoto K: Postictal psychoses, revisited, in **The Neuropsychiatry of Epilepsy**. Edited by Trimble M, Schmitz B. Cambridge, U.K., New York, Cambridge Univ. Press, 2002, pp 117–131 [Crossref](#), [Google Scholar](#)
- 25 Devinsky O: **Epilepsy: Patient and Family Guide**, 3rd Edition. Demos Health, 2007, pp 20 [Google Scholar](#)
- 26 Holmes GL: *Epilepsy.com. Temporal Lobe Epilepsy*. [http://www.epilepsy.com/epilepsy/epilepsy\\_temporallobe](http://www.epilepsy.com/epilepsy/epilepsy_temporallobe); last accessed 05/28/2011) [Google Scholar](#)
- 27 Professional Advisory Board: *EpilepsyFoundation.org. Temporal Lobe Epilepsy*. <http://www.epilepsyfoundation.org/about/types/syndromes/temporallobe.cfm>; last accessed June 4, 2011) [Google Scholar](#)
- 28 Dolgoff-Kaspar R, Ettinger AB, Golub SA, et al: Numinous-like auras and spirituality in persons with partial seizures. **Epilepsia** 2011; 52:640–644 10.1111/j.1528-1157.2010.02957.x. Epub 2011 Feb 5. [Google Scholar](#)
- 29 Cavanna AE, Cavanna S, Cavanna A: Epileptic seizures and spirit possession in Haitian culture: report of four cases and review of the literature. **Epilepsy Behav** 2010; 19:89–91 [Crossref](#), [Medline](#), [Google Scholar](#)
- 30 Bortz JJ: Neuropsychiatric and memory issues in epilepsy. **Mayo Clin Proc** 2003; 78:781–787 [Crossref](#), [Medline](#), [Google Scholar](#)
- 31 Patrikelis P, Angelakis E, Gatzonis S: Neurocognitive and behavioral functioning in frontal lobe epilepsy: a review. **Epilepsy Behav**2009; 14:19–26 [Crossref](#), [Medline](#), [Google Scholar](#)
- 32 Hoffmeier, James K: *Israel in Egypt: The Evidence for the Authenticity of the Exodus Tradition*. Oxford University Press, 1999 [Google Scholar](#)
- 33 Schultze-Lutter F, Ruhrmann S, Hoyer C, et al.: The initial prodrome of schizophrenia: different duration, different underlying deficits? **Compr Psychiatry** 2007; 48:479–488 [Crossref](#), [Medline](#), [Google Scholar](#)
- 34 Yung AR, McGorry PD: The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations. **Schizophr Bull** 1996; 22:353–370 [Crossref](#), [Medline](#), [Google Scholar](#)
- 35 Flaherty AW: Frontotemporal and dopaminergic control of idea-generation and creative drive. **J Comp Neurol** 2005; 493:147–153 [Crossref](#), [Medline](#), [Google Scholar](#)

- 36 Flaherty A: *The Midnight Disease: The Drive to Write, Writer's Block, and the Creative Brain*. New York, Mariner Books, 2005, p 41 [Google Scholar](#)
- 37 Trimble MR. *The Soul in the Brain: The Cerebral Basis of Language, Art, and Belief*. Baltimore, MD, Johns Hopkins, 2007, p 101–114 [Google Scholar](#)
- 38 Nestor PG: Mental disorder and violence: personality dimensions and clinical features. *Am J Psychiatry* 2002; 159:1973–1978 [Crossref](#), [Medline](#), [Google Scholar](#)
- 39 Hor K, Taylor M: Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. *J Psychopharmacol* 2010; 24(Suppl):81–90 [Crossref](#), [Medline](#), [Google Scholar](#)
- 40 Meltzer HY: Suicidality in schizophrenia: a review of the evidence for risk factors and treatment options. *Curr Psychiatry Rep* 2002; 4:279–283 [Crossref](#), [Medline](#), [Google Scholar](#)
- 41 Lord V: **Suicide by Cop: Inducing Officers to Shoot**. New York, Loose Leaf Law Publications, 2004 [Google Scholar](#)
- 42 Keram E, Farrell B: Suicide by Cop: Issues in Outcome and Analysis. *Suicide and Law Enforcement*, 2001, pp 587–599 [Google Scholar](#)
- 43 Landsborough D: St Paul and temporal lobe epilepsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1987; 50:659–664 [Crossref](#), [Medline](#), [Google Scholar](#)
- 44 Rieu CH: Introduction, notes, in *The Acts of the Apostles*. Translated by Rieu CH. New York, Penguin Classics, 1957, pp 9–39, 133–136, 170–171 [Google Scholar](#)
- 45 Pfeleiderer O: **Lectures on the influence of the Apostle Paul on the development of Christianity, delivered in London and Oxford, April and May, 1885**. Williams and Norgate, 1897, p 43 [Google Scholar](#)
- 46 *The New Oxford Annotated Bible with the Apocrypha: Revised Standard Version*. Edited by May HGMetzger BM. New York, Oxford University Press, 1977, pp 1408 [Google Scholar](#)
- 47 *The Reformation Study Bible New King James Version* Sproul RC. Nashville, TN, Thomas Nelson Publishers, 1995, p 1408 [Google Scholar](#)
- 48 Geschwind N: Behavioural changes in temporal lobe epilepsy. *Psychol Med* 1979; 9:217–219 [Crossref](#), [Medline](#), [Google Scholar](#)
- 49 Geschwind N: Interictal behavioral changes in epilepsy. *Epilepsia* 1983; 24(Suppl 1):S23–S30 [Crossref](#), [Medline](#), [Google Scholar](#)
- 50 Waxman SG, Geschwind N: The interictal behavior syndrome of temporal lobe epilepsy. *Arch Gen Psychiatry* 1975; 32:1580–1586 [Crossref](#), [Medline](#), [Google Scholar](#)
- 51 Benson DF: The Geschwind syndrome. *Adv Neurol* 1991; 55:411–421 [Medline](#), [Google Scholar](#)
- 52 Schachter S: Religion and the Brain: Evidence from Temporal Lobe Epilepsy, in *Where God and Science Meet: How Brain and Evolutionary Studies Alter Our Understanding of Religion*, Vol 2. Edited by McNamara P. Westport, CT, Praeger, 2006, pp 171–188 [Google Scholar](#)
- 53 Devinsky O, Najjar S: Evidence against the existence of a temporal lobe epilepsy personality syndrome. *Neurology* 1999; 53(Suppl 2):S13–S25 [Medline](#), [Google Scholar](#)
- 54 Mungas D: Interictal behavior abnormality in temporal lobe epilepsy: a specific syndrome or nonspecific psychopathology? *Arch Gen Psychiatry* 1982; 39:108–111 [Crossref](#), [Medline](#), [Google Scholar](#)
- 55 Rodin E, Schmaltz S: The Bear-Fedio personality inventory and temporal lobe epilepsy. *Neurology* 1984; 34:591–596 [Crossref](#), [Medline](#), [Google Scholar](#)
- 56 Stark-Adamec C, Adamec RE, Graham JM, et al.: Complexities in the complex partial seizures personality controversy. *Psychiatr J (Univ Ott)* 1985; 10:231–236 [Medline](#), [Google Scholar](#)
- 57 Stevens JR: Interictal clinical manifestations of complex partial seizures, in *Advances in Neurology*. Edited by Penry JKDaly DD. New York, Raven, 1975, pp 85–107 [Google Scholar](#)
- 58 Stern A: [The problem of St. Paul's epilepsy]. *Psychiatr Neurol (Basel)* 1957; 133:276–284 [Crossref](#), [Medline](#), [Google Scholar](#)
- 59 Brorson JR, Brewer K: St Paul and temporal lobe epilepsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1988; 51:886–887 [Crossref](#), [Medline](#), [Google Scholar](#)
- 60 Shimizu M, Kubota Y, Toichi M, et al.: Folie à deux and shared psychotic disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2007; 9:200–205 [Crossref](#), [Medline](#), [Google Scholar](#)
- 61 James W: *The Varieties of Religious Experience*. New York, Barnes & Noble Classics, 1902, 2004, pp 416–417 [Google Scholar](#)

- 62 Karenberg A: Retrospective diagnosis: use and abuse in medical historiography. **Prague Med Rep** 2009; 110:140–145 [Medline](#), [Google Scholar](#)
- 63 Price BH, Richardson EP: The neurologic illness of Eugene O’Neill: a clinicopathological report. **N Engl J Med** 2000; 342:1126–1133 [Crossref](#), [Medline](#), [Google Scholar](#)
- 64 Kahn CR King GL Moses AC, (eds): **Joslin’s Diabetes Mellitus**, 14th Ed. Philadelphia, PA, Lippincott, Williams & Wilkins, 2005, p 2 [Google Scholar](#)
- 65 Friedman RE. Who Wrote the Bible? HarperOne, January 1, 1987, pp 15–33 [Google Scholar](#)
- 66 Erhman BD. The New Testament: A Historical Introduction to the Early Christian Writings, 5<sup>th</sup> Ed. New York, Oxford Univ. Press, 2011 [Google Scholar](#)
- 67 Murray ED, Price BH: The neurological examination, in **Comprehensive Clinical Psychiatry**, 1st Ed. Edited by Stern TARosenbaum JFFava Met al.. Philadelphia, PA, Mosby/Elsevier, 2008 [Crossref](#), [Google Scholar](#)
- 68 Ovsiew F, Murray ED, Price BH: Neuropsychiatric approach to the psychiatric inpatient, in Principles of Inpatient Psychiatry, 1st Edition. Edited by Ovsiew F, Munich R. Baltimore, MD, Lippincott Williams & Wilkins, 2008 [Google Scholar](#)
- 69 Legesse B, Price BH, Murray ED: Brain–behavior relations, in Encyclopedia of Human Behavior, 2nd Edition. Edited by Ramachandran VS. New York, Academic Press, 2012 [Google Scholar](#)
- 70 Murray ED, Buttner N, Price BH: Depression and psychosis in neurological practice, in Neurology in Clinical Practice, 6th Ed. Edited by Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM, et al. London, UK, Butterworth Heinemann, 2012 [Google Scholar](#)
- 71 Zubin J, Spring B: Vulnerability: a new view of schizophrenia. **J Abnorm Psychol** 1977; 86:103–126 [Crossref](#), [Medline](#), [Google Scholar](#)
- 72 Russo J, Vitaliano PP, Brewer DD, et al.: Psychiatric disorders in spouse caregivers of care recipients with Alzheimer’s disease and matched controls: a diathesis-stress model of psychopathology. **J Abnorm Psychol** 1995; 104:197–204 [Crossref](#), [Medline](#), [Google Scholar](#)
- 73 Portin P, Alanen YO: A critical review of genetic studies of schizophrenia, II: molecular genetic studies. **Acta Psychiatr Scand** 1997; 95:73–80 [Crossref](#), [Medline](#), [Google Scholar](#)
- 74 U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS): **Mental Health: Culture, Race, and Ethnicity, A Supplement to Mental Health: A Report of the Surgeon General**. Rockville, MD, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General, 2001, p 26 [Crossref](#), [Google Scholar](#)
- 75 U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS): **Mental Health: A Report of the Surgeon General**. Rockville, MD, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General, 1999, pp 269–284 [Google Scholar](#)
- 76 van Os J, Kapur S: Schizophrenia. **Lancet** 2009; 374:635–645 [Crossref](#), [Medline](#), [Google Scholar](#)
- 77 Smith MS: **The Origins of Biblical Monotheism: Israel’s Polytheistic Background and the Ugaritic Texts**. New York, Oxford Univ. Press, 2001, pp 135–157 [Crossref](#), [Google Scholar](#)
- 78 Rediger J: Bipolar disorder and western anosognosia, in **The Psychospiritual Clinician’s Handbook: Alternative Methods for Understanding and Treating Mental Disorders**. Edited by Mijares SKhalsa G. Binghamton, NY, Haworth Reference Press, 2005, pp 205–231 [Google Scholar](#)
- 79 Mohr S, Huguelet P: The relationship between schizophrenia and religion and its implications for care. **Swiss Med Wkly** 2004; 134:369–376 [Medline](#), [Google Scholar](#)
- 80 Kim K, Hwu H, Zhang LD, et al.: Schizophrenic delusions in Seoul, Shanghai, and Taipei: a transcultural study. **J Korean Med Sci** 2001; 16:88–94 [Crossref](#), [Medline](#), [Google Scholar](#)
- 81 Vardy MM, Kaplan BM: Christ/messiah delusions revisited: toward an anthropological definition of religious delusions. **Psychoanal Rev** 2008; 95:473–487 [Crossref](#), [Medline](#), [Google Scholar](#)
- 82 Reavis DJ: The Ashes of Waco: An Investigation. Syracuse Univ Press, 1998 [Google Scholar](#)
- 83 Snow RL: Deadly Cults: The Crimes of True Believers. Westport, CT, Praeger, 2003 [Google Scholar](#)
- 84 The MI5 Messiah: Why David Shayler Believes He’s the Son of God; Mail Online. London, UK, Dailymail.co.uk; 2007 [Google Scholar](#)
- 85 The Argus, Visit from the “Siberian Jesus” November 9, 2002 [Google Scholar](#)
- 86 Akimoto H: The Aum Cult leader Asahara’s mental deviation and its social relations. **Psychiatry Clin Neurosci** 2006; 60:3–8 [Crossref](#), [Medline](#), [Google Scholar](#)
- 87 Kalchuri B: **Meher Prabhu: Lord Meher, The Biography of the Avatar of the Age, Meher Baba** Manifestation, Inc., 1986 [Google Scholar](#)
- 88 Hardy R: Confusion surrounds Najaf battle. BBC News, January 31, 2007 [Google Scholar](#)

- 89 Pechey R, Halligan P: The prevalence of delusion-like beliefs relative to sociocultural beliefs in the general population. **Psychopathology** 2011; 44:106–115 [Crossref](#), [Medline](#), [Google Scholar](#)
- 90 Strauss JS: Hallucinations and delusions as points on continua function: rating scale evidence. **Arch Gen Psychiatry** 1969; 21:581–586 [Crossref](#), [Medline](#), [Google Scholar](#)
- 91 Ellett L, Lopes B, Chadwick P: Paranoia in a nonclinical population of college students. **J Nerv Ment Dis** 2003; 191:425–430 [Crossref](#), [Medline](#), [Google Scholar](#)
- 92 Kelleher I, Cannon M: Psychotic-like experiences in the general population: characterizing a high-risk group for psychosis. **Psychol Med** 2011; 41:1–6 [Crossref](#), [Medline](#), [Google Scholar](#)
- 93 Wilner AR: **The Spellbinders: Charismatic Political Leadership**. New Haven, CT, Yale University Press, 1984 [Crossref](#), [Google Scholar](#)
- 94 Bion WR: **Experiences in Groups and Other Papers**. London, UK, Tavistock, 1961 [Crossref](#), [Google Scholar](#)
- 95 Post JM: **Leaders and Their Followers in a Dangerous World: The Psychology of Political Behavior**. Ithaca, NY, Cornell University Press, 2004, pp 187–199 [Google Scholar](#)
- 96 Ghaemi N: **A First-Rate Madness: Uncovering the Links Between Leadership and Mental Illness**. New York, Penguin, 2011 [Google Scholar](#)
- 97 Cameron N: The paranoid pseudocommunity. **Am J Sociol** 1943; 49:37–38 [Crossref](#), [Google Scholar](#)
- 98 Cameron N: **Paranoid conditions and paranoia: American Handbook of Psychiatry**, Vol I. New York, Basic Books, 1959a [Google Scholar](#)
- 99 Cameron N: The paranoid pseudocommunity revisited. **Am J Sociol** 1959b; 65:57–61 [Crossref](#), [Google Scholar](#)
- 100 Myers PL: Paranoid pseudocommunity beliefs in a sect milieu. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol** 1988; 23:252–255 [Crossref](#), [Medline](#), [Google Scholar](#)

## 11 Références avec traduction des titres en français

- 1 Hazlett SB, ML McCarthy, MS Londner, et al. : Épidémiologie des visites psychiatriques pour adultes dans les départements d'urgence américains. **Acad Emerg Med** 2004 ; 11: 193-195 [Crossref](#) , [Medline](#) , [Google Scholar](#)
- 2 Baillargeon J, CR Thomas, Williams B et al. : Profils d'utilisation des services d'urgence par les patients non assurés atteints de troubles psychiatriques. **Psychiatr Serv** 2008 ; 59: 808-811 [Crossref](#) , [Medline](#) , [Google Scholar](#)
- 3 Rudaleviciene P, Stompe T, Narbekovas A, et al. : Les délires religieux sont - ils liés à la religiosité dans la schizophrénie? **Medicina (Kaunas)** 2008 ; 44: 529-535 [Crossref](#) , [Medline](#) , [Google Scholar](#)
- 4 Baier M : Aperçu de la schizophrénie: une revue. **Curr Psychiatry Rep** 2010 ; 12: 356-361 [Crossref](#) , [Medline](#) , [Google Scholar](#)
- 5 American Psychiatric Association: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4e édition, révision de texte. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000, p. 297–343 [Google Scholar](#).
- 6 Shannon B : enthéogènes bibliques: une hypothèse spéculative. **Time and Mind** 2008 ; 1: 51-74 [Crossref](#) , [Google Scholar](#)
- 7 Elliott B, Joyce E, Shorvon S : Illusions, illusions et hallucinations dans l'épilepsie, 2: phénomènes complexes et psychose. **Epilepsy Res** 2009 ; 85: 172 à 186 [Crossref](#) , [Medline](#) , [Google Scholar](#)
- 8 Nadkarni S, Arnedo V, Devinsky O : Psychose chez des patients atteints d'épilepsie. **L'épilepsie** 2007 ; 48 (Suppl 9): 17–19 [Crossref](#) , [Medline](#) , [Google Scholar](#)
- 9 de Araújo Filho GM, da Silva JM, Mazetto L, et al. : Psychoses de l'épilepsie: une étude comparant les caractéristiques cliniques des patients atteints d'épilepsie focale par rapport à l'épilepsie généralisée. **Comportement de l'épilepsie** 2011 ; 20: 655-658 [Crossref](#) , [Medline](#) , [Google Scholar](#)
- 10 Ogata A, Miyakawa T : expériences religieuses chez des patients épileptiques axées sur les épisodes ictus. **Psychiatry Clin Neurosci** 1998 ; 52: 321-325 [Crossref](#) , [Medline](#) , [Google Scholar](#)
- 11 Kanemoto K, Kawasaki J, Kawai I : Psychoses post - critiques: en comparaison avec les psychoses aiguës interictales. **Jpn J Psychiatry Neurol** 1994 ; 48: 209-211 [Medline](#) , [Google Scholar](#)
- 12 Brewerton TD : Hyperréligiosité dans les troubles psychotiques. **J Nerv Ment Dis** 1994 ; 182: 302–304 [Crossref](#) , [Medline](#) , [Google Scholar](#)
- 13 Landtblom AM, Lindehammar H., Karlsson H. et al. : Activation du cortex insulaire chez un patient présentant une «présence détectée» / convulsions extatiques. **Comportement de l'épilepsie** 2011 ; 20: 714-718 [Crossref](#) , [Medline](#) , [Google Scholar](#)
- 14 Picard F, Craig AD : crises épileptiques extatiques: une fenêtre potentielle sur la base neurale de la conscience de soi humaine. **Comportement de l'épilepsie** 2009 ; 16: 539-546 [Crossref](#) , [Medline](#) , [Google Scholar](#)
- 15 Asheim Hansen B, Brodtkorb E : épilepsie partielle avec convulsions «extatiques». **Epilepsy Behav** 2003 ; 4: 667-673 [Crossref](#) , [Medline](#) , [Google Scholar](#)
- 16 Naito H, Matsui N : Épilepsie du lobe temporal avec état extatique ictal et comportement intercritique de l'hypergraphie. **J Nerv Ment Dis** 1988 ; 176: 123-124 [Crossref](#) , [Medline](#) , [Google Scholar](#)

- 17 Cirignotta F, Todesco CV, Lugaresi E : Épilepsie du lobe temporal avec crises convulsives (épilepsie de Dostoïevski). **L'épilepsie** 1980 ; 21: 705–710 [Crossref](#) , [Medline](#) , [Google Scholar](#)
- 18 Prendergast J, Spira P, Schnieden V : Psychose post-critique: une entité clinique inhabituelle . **Aust NZJ Psychiatry** 1999 ; 33: 433–435 [Crossref](#) , [Medline](#) , [Google Scholar](#)
- 19 Dongier S : Étude statistique des manifestations cliniques et électroencéphalographiques de 536 épisodes psychotiques survenus chez 516 épileptiques entre des crises cliniques . **Épilepsie** 1959/1960 ; 1: 117 à [142 Crossref](#) , [Medline](#) , [Google Scholar](#)
- 20 Kanemoto K : Psychoses post - critiques , en **progression dans les troubles épileptiques: problèmes neuropsychiatriques dans l'épilepsie. Montrouge, France** . Edité par Inoue YMatsuura M . John Libbey Eurotext, 2010 , p. 27–34 [Google Scholar](#)
- 21 Umbricht D, Degreef G, Barr WB, et al. : Psychoses post-secondaires et chroniques chez les patients atteints d'épilepsie du lobe temporal . **Am J Psychiatry** 1995 ; 152: 224–231 [Crossref](#) , [Medline](#) , [Google Scholar](#)
- 22 Kanner AM, Stagno S, Kotagal P, et al. : Evénements psychiatriques postérieurs à des études de surveillance vidéo-électroencéphalographiques prolongées . **Arch Neurol** 1996 ; 53: 258-263 [Crossref](#) , [Medline](#) , [Google Scholar](#)
- 23 Trimble M, Kanner A, Schmitz B : Psychose post - critique . **Comportement de l'épilepsie** 2010 ; 19: 159–161 [Crossref](#) , [Medline](#) , [Google Scholar](#)
- 24 Kanemoto K : Les psychoses post - critiques, revisitées , dans **Neuropsychiatry of Epilepsy** . Sous la direction de Trimble MRSchmitz B . Cambridge, Royaume-Uni, New York, Cambridge Univ. Press, 2002 , pp 117-131 [Crossref](#) , [Google Scholar](#)
- 25 Devinsky O : **Epilepsy: Le patient et sa famille** , 3e édition. Demos Health, 2007 , pp 20 [Google Scholar](#)
- 26 Holmes GL: *Epilepsy.com. Épilepsie du lobe temporal* . [http://www.epilepsy.com/epilepsy/epilepsy\\_temporallobe](http://www.epilepsy.com/epilepsy/epilepsy_temporallobe) ; Dernier accès 05/28/2011) [Google Scholar](#)
- 27 Comité consultatif professionnel: *EpilepsyFoundation.org. Épilepsie du lobe temporal* . <http://www.epilepsyfoundation.org/about/types/syndromes/temporallobe.cfm> ; Dernier accès le 4 juin 2011) [Google Scholar](#)
- 28 Dolgoff-Kaspar R, Ettinger AB, Golub SA, et autres: auras et spiritualité numineuses chez les personnes souffrant de crises partielles. *L'épilepsie* 2011; 52: 640 à 644 10.1111 / j.1528-PubMed 1167.2010.02957.x. Epub 2011 5 février. [Google Scholar](#)
- 29 Cavanna AE, Cavanna S, Cavanna A : Saisies d'épilepsie et possession d'esprit dans la culture haïtienne: compte rendu de quatre cas et revue de la littérature . **Comportement de l'épilepsie** 2010 ; 19: 89–91 [Crossref](#) , [Medline](#) , [Google Scholar](#)
- 30 Bortz JJ : Problèmes neuropsychiatriques et de mémoire liés à l'épilepsie . **Mayo Clin Proc** 2003 ; 78: 781-787 [Crossref](#) , [Medline](#) , [Google Scholar](#)
- 31 Patrikelis P, Angelakis E, Gatzonis S : Fonctionnement neurocognitif et comportemental dans l'épilepsie du lobe frontal: résumé . **Comportement de l'épilepsie** 2009 ; 14: 19–26 [Crossref](#) , [Medline](#) , [Google Scholar](#)
- 32 Hoffmeier, James K: Israël en Egypte: la preuve de l'authenticité de la tradition de l'Exode. Oxford University Press, 1999 [Google Scholar](#)
- 33 Schultze-Lutter F, Ruhrmann S, C Hoyer et al. : Le prodrome initial de la schizophrénie: durée différente, déficits sous-jacents différents? **Compr Psychiatry** 2007 ; 48: 479–488 [Crossref](#) , [Medline](#) , [Google Scholar](#)
- 34 Yung AR, McGorry PD : La phase prodromique de la psychose au premier épisode: conceptualisations passées et actuelles . **Schizophr Bull** 1996 ; 22: 353-370 [Crossref](#) , [Medline](#) , [Google Scholar](#)
- 35 Flaherty AW : Contrôle frontotemporal et dopaminergique de la génération d'idées et de la créativité . **J Comp Neurol** 2005 ; 493: 147-153 [Crossref](#) , [Medline](#) , [Google Scholar](#)
- 36 Flaherty A: La maladie de minuit: l'envie d'écrire, le blocage de l'auteur et le cerveau créatif. New York, Mariner Books, 2005, p. 41, [Google Scholar](#).
- 37 Trimble MR. L'âme dans le cerveau: la base cérébrale du langage, de l'art et de la conviction. Baltimore, MD, Johns Hopkins, 2007, p 101–114 [Google Scholar](#)
- 38 Nestor PG : Troubles mentaux et violence: dimensions de la personnalité et caractéristiques cliniques . **Am J Psychiatry** 2002 ; 159: 1973-1978 [Crossref](#) , [Medline](#) , [Google Scholar](#)
- 39 Hor K, Taylor M : Suicide et schizophrénie: examen systématique des taux et des facteurs de risque . **J Psychopharmacol** 2010 ; 24 (Suppl): 81–90 [Crossref](#) , [Medline](#) , [Google Scholar](#)
- 40 Meltzer HY : Suicidalité dans la schizophrénie: examen des preuves des facteurs de risque et des options de traitement . **Curr Psychiatry Rep** 2002 ; 4: 279–283 [Crossref](#) , [Medline](#) , [Google Scholar](#)
- 41 Lord V : **Suicide par le policier: Inciter les agents à tirer**. New York, Publications sur le droit des feuilles mobiles, 2004 [Google Scholar](#)
- 42 Keram E, Farrell B: Suicide par flic: problèmes de résultats et d'analyses. *Suicide and Law Enforcement*, 2001, p. 587–599 [Google Scholar](#)
- 43 Landsborough D: épilepsie de St Paul et du lobe temporal. **J Neurol Neurosurg Psychiatry** 1987 ; 50: 659-664 [Crossref](#) , [Medline](#) , [Google Scholar](#)
- 44 Rieu CH: Introduction, notes, dans *Les Actes des apôtres*. Traduit par Rieu CH. New York, Penguin Classics, 1957, p. 9–39, 133–136, 170–171. [Google Scholar](#)

- 45 Pflieger O : **Conférences sur l'influence de l'apôtre Paul sur le développement du christianisme, prononcées à Londres et à Oxford, avril et mai 1885.** Williams et Norgate, 1897 , p. 43 [Google Scholar](#)
- 46 La nouvelle Bible annotée d'Oxford avec les Apocryphes : **version standard révisée** . Edité par May HGMetzger BM . New York, Oxford University Press, 1977 , p. 1408 [Google Scholar](#)
- 47 La Bible de l'étude de la réforme New King James Version Sproul RC . Nashville, TN, Éditions Thomas Nelson, 1995 , p 1408 [Google Scholar](#)
- 48 Geschwind N : Changements comportementaux dans l'épilepsie du lobe temporal. **Psychol Med** 1979 ;9: 217-219 [Crossref](#) , [Medline](#) , [Google Scholar](#)
- 49 Geschwind N : Changements comportementaux intercritiques dans l'épilepsie . **L'épilepsie** 1983 ;24 (Suppl 1): S23 – S30 [Crossref](#) , [Medline](#) , [Google Scholar](#)
- 50 Waxman SG, Geschwind N : Syndrome de comportement interictal de l'épilepsie du lobe temporal . **Arch Gen Psychiatry** 1975 ; 32: 1580-1586 [Crossref](#) , [Medline](#) , [Google Scholar](#)
- 51 Benson DF : Le syndrome de Geschwind . **Adv Neurol** 1991 ; 55: 411–421 [Medline](#) , [Google Scholar](#)
- 52 Schachter S: La religion et le cerveau: preuves de l'épilepsie du lobe temporal, dans Où Dieu et la science se rencontrent: Comment le cerveau et les études de l'évolution modifient notre compréhension de la religion, Vol 2. Édité par McNamara P. Westport, CT, Praeger, 2006, pp 171–188 [Google Scholar](#)
- 53 Devinsky O, Najjar S : Éléments de preuve contre l'existence d'un syndrome de l'épilepsie du lobe temporal . **Neurologie** 1999 ; 53 (Suppl 2): S13 – S25 [Medline](#) , [Google Scholar](#)
- 54 Mungas D : Anomalie de comportement intercritique dans l'épilepsie du lobe temporal: syndrome spécifique ou psychopathologie non spécifique? **Arch Gen Psychiatry** 1982 ; 39: 108–111 [Crossref](#) , [Medline](#) , [Google Scholar](#)
- 55 Rodin E, Schmaltz S : inventaire de la personnalité de l'ours-Fedio et épilepsie du lobe temporal . **Neurologie** 1984 ; 34: 591-596 [Crossref](#) , [Medline](#) , [Google Scholar](#)
- 56 Stark-Adamec C, Adamec RE, Graham JM et al. : Complexité de la controverse sur la personnalité liée aux crises partielles complexes. **Psychiatr J (Univ Ott)** 1985 ; 10: 231–236 [Medline](#) , [Google Scholar](#)
- 57 Stevens JR : Les manifestations cliniques intercritiques de crises partielles complexes , dans **Advances in Neurology** . Edité par Penry JKDaly DD . New York, Raven, 1975 , pp 85–107 [Google Scholar](#)
- 58 Stern A : [Le problème de l'épilepsie de St Paul] . **Psychiatr Neurol (Basel)** 1957 ; 133: 276-284 [Crossref](#) , [Medline](#) , [Google Scholar](#)
- 59 Brorson JR, Brewer K: St Paul et l'épilepsie du lobe temporal. **J Neurol Neurosurg Psychiatry** 1988 ;51: 886-887 [Crossref](#) , [Medline](#) , [Google Scholar](#)
- 60 Shimizu M, Y Kubota, M Toichi et al. : Folie à deux et trouble psychotique partagé . **Curr Psychiatry Rep** 2007 ; 9: 200-205 [Crossref](#) , [Medline](#) , [Google Scholar](#)
- 61 James W: Les variétés de l'expérience religieuse. New York, Barnes & Noble Classics, 1902, 2004, p. 416–417 [Google Scholar](#).
- 62 Karenberg A : Diagnostic rétrospectif: utilisation et abus en historiographie médicale . **Prague Med Rep** 2009 ; 110: 140–145 [Medline](#) , [Google Scholar](#)
- 63 Price BH, Richardson EP : La maladie neurologique d'Eugene O'Neill: un rapport clinicopathologique . **N Engl J Med** 2000 ; 342: 1126–1133 [Crossref](#) , [Medline](#) , [Google Scholar](#)
- 64 Kahn CR King GL Moses AC , (eds): **Diabète sucré de Joslin** , 14ème éd. Philadelphie, Pennsylvanie, Lippincott, Williams & Wilkins, 2005 , p 2 [Google Scholar](#)
- 65 Friedman RE. Qui a écrit la Bible? HarperOne, 1er janvier 1987, p. 15–33 [Google Scholar](#)
- 66 Erhman BD. Le Nouveau Testament: Une introduction historique aux écrits des premiers chrétiens, 5<sup>e</sup> éd. New York, Oxford Univ. Presse, [Google Scholar](#) 2011
- 67 Murray ED, Price BH : L'examen neurologique , dans **Psychiatrie clinique complète** , 1re éd. Edité par Stern TARosenbaum JFFava M et al. . Philadelphie, PA, Mosby / Elsevier, 2008 [Crossref](#) , [Google Scholar](#)
- 68 Ovsiew F, Murray ED, Price BH: Approche neuropsychiatrique du patient hospitalisé psychiatrique, dans Principes de la psychiatrie hospitalière, 1re édition. Édité par Ovsiew F, Munich, R. Baltimore, MD, Lippincott Williams & Wilkins, 2008 [Google Scholar](#).
- 69 Legesse B, Price BH, Murray ED: Relations cerveau-comportement, dans Encyclopedia of Human Behavior, 2e édition. Edité par Ramachandran VS. New York, Academic Press, [Google Scholar](#) 2012
- 70 Murray ED, Buttner N, Price BH: Dépression et psychose en pratique neurologique, dans Neurology in Clinical Practice, 6e éd. Edité par Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM, et al. Butterworth Heinemann, Londres, Royaume-Uni, 2012 [Google Scholar](#)
- 71 Zubin J, Spring B: Vulnérabilité: une nouvelle vision de la schizophrénie. **J Abnorm Psychol** 1977 ; 86: 103-126 [Crossref](#) , [Medline](#) , [Google Scholar](#)
- 72 Russo J, Vitaliano PP, Brewer DD, et al. : Troubles psychiatriques chez les proches aidants de bénéficiaires de la maladie d'Alzheimer et de témoins correspondants: modèle de diathèse-stress de la psychopathologie . **J Abnorm Psychol** 1995 ; 104: 197-204 [Crossref](#) , [Medline](#) , [Google Scholar](#)
- 73 Portin P, Alanen YO : Revue critique d'études génétiques sur la schizophrénie, II: études de génétique moléculaire . **Acta Psychiatr Scand** 1997 ; 95: 73–80 [Crossref](#) , [Medline](#) , [Google Scholar](#)

- 74 Département de la Santé et des Services sociaux (USDHHS) des États-Unis : **Santé mentale: culture, race et appartenance ethnique, Supplément à la santé mentale: rapport du chirurgien général** . Rockville, MD, Département de la Santé et des Services sociaux des États-Unis, Service de santé publique, Bureau du chirurgien général, 2001 , p. 26, [Crossref](#) , [Google Scholar](#).
- 75 Département américain de la santé et des services sociaux (USDHHS) : **Santé mentale: Rapport du chirurgien général** . Rockville, MD, Département américain de la santé et des services sociaux, Service de santé publique, Bureau du chirurgien général, 1999 , p. 269–284 [Google Scholar](#)
- 76 van Os J, Kapur S : Schizophrénie . *Lancet* 2009 ; 374: 635–645 [Crossref](#) , [Medline](#) , [Google Scholar](#)
- 77 Smith MS : **Les origines du monothéisme biblique: le contexte polythéiste d'Israël et les textes ougaritiques** . New York, Oxford Univ. Press, 2001 , pp 135-157 [Crossref](#) , [Google Scholar](#)
- 78 Rediger J : Trouble bipolaire et anosognosie occidentale , dans **Le manuel du clinicien psychospirituel: Méthodes alternatives pour comprendre et traiter les troubles mentaux** . Sous la direction de Mijares SKhalsa G . Binghamton, NY, Haworth Reference Press, 2005 , p. 205–231 [Google Scholar](#).
- 79 Mohr S, Huguélet P : La relation entre la schizophrénie et la religion et ses implications pour les soins . *Swiss Med Wkly* 2004 ; 134: 369–376 [Medline](#) , [Google Scholar](#)
- 80 Kim K, Hwu H, Zhang LD et coll. : Délires schizophréniques à Séoul, Shanghai et Taipei: une étude transculturelle . *J Korean Med Sci* 2001 ; 16: 88–94 [Crossref](#) , [Medline](#) , [Google Scholar](#)
- 81 Vardy MM, Kaplan BM : Le délire Christ / Messie revisité: vers une définition anthropologique du délire religieux . *Psychoanal Rev* 2008 ; 95: 473-487 [Crossref](#) , [Medline](#) , [Google Scholar](#)
- 82 DJ Reavis: Les cendres de Waco: une enquête. Syracuse Univ Press, 1998 [Google Scholar](#)
- 83 Snow RL: Cultes mortels: Les crimes des vrais croyants. Westport, CT, Praeger, 2003 [Google Scholar](#)
- 84 Le Messie M15: Pourquoi David Shayler croit-il qu'il est le Fils de Dieu? Courrier en ligne. Londres, Royaume-Uni, Dailymail.co.uk; [Google Scholar](#) 2007
- 85 The Argus, Visite de « Jésus sibérien » 9 novembre 2002 [Google Scholar](#)
- 86 Akimoto H : La déviation mentale et les relations sociales d'Asahara, dirigeant du culte Aum . *Psychiatry Clin Neurosci* 2006 ; 60: 3-8 [Crossref](#) , [Medline](#) , [Google Scholar](#)
- 87 Kalchuri B : **Meher Prabhu: Seigneur Meher, Biographie de l'avatar du siècle**, Manifestation de Meher Baba , Inc., 1986 [Google Scholar](#)
- 88 Hardy R: La confusion entoure la bataille de Najaf. BBC News, 31 janvier 2007 [Google Scholar](#)
- 89 Pechey R, Halligan P : La prévalence des croyances de type illusion par rapport aux croyances socioculturelles dans la population en général . *Psychopathologie* 2011 ; 44: 106-115 [Crossref](#) , [Medline](#) , [Google Scholar](#)
- 90 Strauss JS : Hallucinations et délires comme points de la fonction du continua: échelle de notation . *Arch Gen Psychiatry* 1969 ; 21: 581-586 [Crossref](#) , [Medline](#) , [Google Scholar](#)
- 91 Ellett L, B Lopes, Chadwick P : La paranoïa dans une population non clinique d'étudiants . *J Nerv Ment Dis* 2003 ; 191: 425–430 [Crossref](#) , [Medline](#) , [Google Scholar](#)
- 92 Kelleher I, Cannon M : Expériences de type psychotique dans la population en général: caractérisation d'un groupe à haut risque de psychose . *Psychol Med* 2011 ; 41: 1-6 [Crossref](#) , [Medline](#) , [Google Scholar](#)
- 93 Wilner AR : **Les corrélateurs: un leadership politique charismatique** . New Haven, CT, Yale University Press, 1984, [Crossref](#) , [Google Scholar](#)
- 94 Bion WR : **Expériences dans les groupes et autres documents** . Londres, Royaume-Uni, Tavistock, 1961 [Crossref](#) , [Google Scholar](#)
- 95 Post JM : **Les dirigeants et leurs suiveurs dans un monde dangereux: La psychologie du comportement politique** . Ithaca, New York, Cornell University Press, 2004 , p. 187–199 [Google Scholar](#).
- 96 Ghaemi N : **Une folie de premier ordre: découvrir les liens entre le leadership et la maladie mentale** . New York, Penguin, 2011 [Google Scholar](#)
- 97 Cameron N : Le pseudo-décoration paranoïaque . *Am J Sociol* 1943 ; 49: 37–38 [Crossref](#) , [Google Scholar](#)
- 98 Cameron N : **Conditions paranoïaques et paranoïa**. *American Handbook of Psychiatry*, volume I. New York, Basic Books, 1959 a [Google Scholar](#).
- 99 Cameron N : La pseudo-décoration paranoïaque revisitée . *Am J Sociol* 1959 b; 65: 57–61 [Crossref](#) , [Google Scholar](#)
- 100 Myers PL : Croyances pseudo-décoratives paranoïaques en milieu sectaire . *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1988 ; 23: 252-255 [Crossref](#) , [Medline](#) , [Google Scholar](#)

## Table des matières

|   |              |   |
|---|--------------|---|
| 1 | Résumé.....  | 1 |
| 2 | Abraham..... | 3 |
| 3 | Moïse.....   | 8 |

|    |  |    |
|----|--|----|
| 4  | Jésus .....  | 11 |
| 5  | Saint-Paul de Tarse (Saul de Tarse).....               | 12 |
| 6  | Commentaire sur le diagnostic différentiel .....       | 15 |
| 7  | Limites de l'analyse .....                             | 16 |
| 8  | Directions futures.....                                | 21 |
| 9  | Conclusion.....  | 22 |
| 10 | Références .....                                       | 22 |
| 11 | Références avec traduction des titres en français..... | 26 |